

Mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie

UE 6.5 S6 : Evaluation de la pratique professionnelle et recherche

L'ergothérapie pour un transfert d'acquis en vie quotidienne

Les mises en situation auprès
d'adultes traumatisés crâniens

Directrice du mémoire :

PERRIN Amélie

Auteur :

DUHAMEL Emilie

Promotion 2016-2019



Juin 2019

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

L'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute précise que l'Unité d'intégration UE 6.5 Semestre 6 intitulée « Evaluation de la pratique professionnelle et recherche » a pour modalité d'évaluation un mémoire d'initiation à la recherche : écrit et argumentation orale.

L'étudiant(e) réalise, après utilisation du traitement de textes, un mémoire d'au moins 40 pages, hors annexes.

Ce mémoire doit permettre à l'étudiant(e) de montrer ses capacités à utiliser des outils d'expertise et de recherche, ainsi que ses capacités à synthétiser et rendre compte des résultats de son travail.

Le mémoire peut être :

- un travail de recherche fondamentale relatif à la pratique de l'ergothérapie.
- un travail de recherche appliquée à partir de l'observation d'un ou plusieurs cas cliniques.

L'étudiant(e) est aidé(e) dans sa recherche et dans son travail d'écriture par un maître de mémoire.

Le sujet et le maître de mémoire sont choisis par l'étudiant(e) en accord avec le directeur de l'institut.

Je, soussigné (e),* *DUHAMEL Emilie* étudiant(e) en 3^{ème} année en institut de formation en ergothérapie, m'engage sur l'honneur à mener ce travail écrit dans les règles édictées.

Je reconnais avoir été informé(e) des sanctions et des risques de poursuites pénales qui pourraient être engagées à mon encontre en cas de fraude, et/ou de plagiat avéré.

A Créteil, le *16/01/2019*

Signature :



*NOM, Prénom

Note aux lecteurs :

Ce mémoire est réalisé dans le cadre d'une scolarité.

Il ne peut faire l'objet d'une publication que sous la responsabilité

de son auteur et de l'Institut de formation concerné.

Remerciements

Je tiens à remercier :

Maxime,

d'être toujours aussi présent pour moi.

Ma famille,

pour vos conseils avisés et la confiance que vous me portez.

Mes camarades de promotion,

pour ces trois belles années de formation en ergothérapie passées avec vous.

Les ergothérapeutes, les formateurs de l'IFE et les personnes

qui ont volontiers participé à la réalisation de mon mémoire de fin d'études.

Ma directrice de mémoire,

pour m'avoir soutenue et guidée avec bienveillance dans mon travail de réflexion.

“Trouver ses propres solutions, ses possibilités d'actions, et donc construire son activité. C'est là la perspective intéressante pour l'ergothérapeute : la possibilité d'accompagner la personne dans la construction d'une nouvelle structure de son activité, dans et par la réalisation de celle-ci.”

(Morel-Bracq, Offenstein, Quevillon et Trouvé, 2015)

Sommaire

Introduction	1
I. De la situation d'appel à la question de départ	2
1. Situation d'appel.....	2
2. Analyse et recherches	3
3. Problématique/Question de départ	4
4. Réflexion préliminaire.....	4
II. Cadre de références	5
1. Cadre conceptuel.....	5
2. Traumatisme crânien	7
a. Généralités	7
b. Le syndrome dysexécutif	9
c. Ergothérapie, prise en charge générale	10
3. Transfert des acquis.....	11
4. Mise en situation	13
a. Activités de la vie quotidienne	13
b. Activités significatives et signifiantes.....	15
c. Prise en charge en ergothérapie : les mises en situation	16
5. Hypothèse.....	18
III. Enquête exploratoire	19
1. Modalités d'enquête.....	19
a. Objectifs	19
b. Population	20
c. Outil.....	21
d. Passation.....	22
2. Présentation et analyse des résultats	24
a. Les populations cibles interrogées.....	24
b. Mises en situation et activités signifiantes	25
c. Capacité, performance et participation	33
d. Transfert d'acquis	40
e. Autres thèmes émergents.....	45
3. Discussion	50
a. Comparaison avec la littérature	50
b. Biais et limites.....	53
Conclusion	55
Bibliographie	57

Figures

Figure 1 : Schéma de la CIF.....	5
Figure 2 : Les différents lobes du cerveau.....	7
Figure 3 : Organigramme de la mise en place de l'enquête.....	22
Figure 4 : Niveau d'expérience des ergothérapeutes.....	24
Figure 5 : Mises en situation proposées en ergothérapie.....	27
Figure 6 : Mises en situation – Buts et méthodologie.....	28
Figure 7 : Activités signifiantes citées.....	31
Figure 8 : Mises en situation réalisées en ergothérapie.....	32
Figure 9 : Argumentations des ergothérapeutes pour l'utilisation d'activités signifiantes.....	32
Figure 10 : Facteurs favorisant la participation de la personne.....	35
Figure 11 : Incapacités encore présentes au quotidien.....	38
Figure 12 : Amélioration dans les activités, avec un transfert d'acquis.....	39
Figure 13 : Evaluation du transfert des acquis par les ergothérapeutes.....	41
Figure 14 : Facteurs favorisant le transfert d'acquis.....	42
Figure 15 : Stratégies mises en place.....	44
Figure 16 : Orientation/suite de prise en charge.....	48

Tableaux

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'échantillon d'ergothérapeutes	20
Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'échantillon d'adultes traumatisés crâniens.	20
Tableau 3 : Thématiques abordées lors des entretiens.....	21
Tableau 4 : Données sur les adultes traumatisés crâniens.....	25
Tableau 5 : Activités mises en situation, buts et façon de faire - Ergo	26
Tableau 6 : Ressentis des mises en situation – Adultes TC.....	29
Tableau 7 : Activités signifiantes mises en situation – Adultes TC	29
Tableau 8 : Activités signifiantes mises en situation – Ergo	30
Tableau 9 : Participation – Ergo	34
Tableau 10 : Participation – Adultes TC	34
Tableau 11 : Capacité et performance – Adultes TC.....	36
Tableau 12 : Capacité et performance – Ergo.....	37
Tableau 13 : Transfert d'acquis – Ergo.....	40
Tableau 14 : Facteurs favorisant le transfert d'acquis – Ergo.....	42
Tableau 15 : Stratégies – Adultes TC.....	43
Tableau 16 : Collaboration interprofessionnelle et participation de l'entourage	45
Tableau 17 : Limites des mises en situation.....	47
Tableau 18 : Orientations et suivis.....	48

Introduction

D'après l'Institut du Cerveau et de la Moelle Epinière (ICM), le traumatisme crânien concerne plus de 3,7 millions d'individus en Europe. En France, il y a plus de 120 000 cas chaque année. Il s'agit de la 1^{ère} cause de mortalité chez les 15-25 ans et la 1^{ère} cause de handicap sévère chez les moins de 45 ans.

Il s'agit donc d'un enjeu de Santé Publique. Plusieurs lois participent à l'amélioration de la prise en charge de cette population telles que la circulaire du 3 mai 2002 : création d'unités de soins dédiées aux personnes en état végétatif chronique ou en état de pauci-relationnel, la circulaire du 18 juin 2004 : filière de prise en charge sanitaire, médico-sociale des traumatisés crânio-cérébraux et des traumatisés médullaires. La loi du 11 février 2005 prenant en compte le handicap cognitif, notamment en mettant en place des services d'accompagnement médico-social à domicile. Les cérébrésés ayant comme séquelles les plus fréquentes des troubles cognitifs et comportementaux. Ou encore la loi du 21 juillet 2009 : relative aux patients, à la santé et aux territoires, qui a développé les Agences Régionales de Santé. Puis un Plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires a été mis en place entre 2012 et 2017, afin d'améliorer les prises en charge, en recommandant une continuité dans les suivis, notamment entre les structures et les services accueillant ces populations (Pradat-Diehl, 2010). Toutes ces mesures visent aussi à maintenir ou développer l'autonomie et l'indépendance des personnes traumatisées crâniennes dans leurs activités de la vie quotidienne.

Ainsi, ce mémoire traite de l'ergothérapie auprès d'adultes traumatisés crâniens, en phase de rééducation et de réadaptation. Et du lien entre la pratique de l'ergothérapie et le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne.

D'abord, une situation d'appel sera présentée, menant à une question de départ. Ensuite le cadre de références sera détaillé : le modèle appliqué, les notions de traumatisme crânien, de transfert d'acquis et de mise en situation, pour aboutir à une hypothèse. Puis, la méthode de l'enquête exploratoire sera énoncée avec l'objectif, la population et l'outil. Par la suite, les résultats de l'enquête seront décrits et analysés. Enfin, une discussion sur cette initiation à la méthode de recherche sera développée. Et pour conclure, une synthèse et les apports de cette démarche seront exposés.

I. De la situation d'appel à la question de départ

1. Situation d'appel

Lors de mon stage en service de SSR¹ neuro-locomoteur, en début de deuxième année d'études en ergothérapie, j'ai pu participer à des mises en situation comme faire les courses, la cuisine et le ménage.

La situation qui m'a interpellée est la mise en place d'une activité cuisine avec Mme T, 68 ans, retraitée (assistante maternelle en école). Hospitalisée dans le service pour un AVC² hémorragique gauche, elle présente des troubles cognitifs : troubles des fonctions exécutives et de l'attention. Son déficit d'organisation la gêne dans ses activités de la vie quotidienne. Le projet est le retour à domicile. Au niveau de ses occupations, habituellement elle réalise les tâches ménagères, fait les courses et la cuisine avec son mari. Elle entretient aussi son jardin et fait des conserves de fruits et de légumes.

La situation se déroule vers la fin de prise en charge de Mme T. L'objectif de la mise en situation est le suivant : Mme T mobilisera ses capacités d'organisation, d'orientation, de mémorisation et d'adaptabilité lors de l'activité cuisine.

A la première séance, Mme T a choisi de réaliser une blanquette de porc. Elle a réussi à trouver tous les ingrédients nécessaires à la réalisation de la recette et à établir la liste de courses en fonction de ce qu'il y avait déjà dans la cuisine thérapeutique.

Pour la deuxième séance, Mme T réalise, dans la matinée en deux heures, les courses et le plat qu'elle a prévu de cuisiner en ergothérapie.

Lors des courses avec l'ergothérapeute, Mme T n'a rien oublié. Elle a cependant mis du temps à trouver ce qu'il lui fallait (repérage des rayons). Elle a eu un blocage sur la balance : elle ne savait plus comment cela fonctionnait et n'a pas réussi à retrouver. C'est l'ergothérapeute qui lui a montré.

Ensuite, pour la réalisation du repas, il y avait l'orthophoniste, l'ergothérapeute et moi-même. Mme T a utilisé les ustensiles adéquats pour la réalisation de sa recette. Au niveau des difficultés : elle oubliait, à chaque fois qu'elle rajoutait un autre ingrédient, de penser aux pommes de terre (qui n'étaient pas dans son champ de vision). Ce n'est qu'en passant devant ces dernières pour se laver les mains qu'elle y a repensé.

¹ Soins de Suite et de Réadaptation

² Accident Vasculaire Cérébral

Lors de l'activité, je n'étais pas directive avec Mme T. Je la laissais au maximum réaliser l'activité comme elle le sentait. J'indiquais³ juste quand des risques se présentaient : dangers, risque de mettre son autre main sur la plaque, de brûler son plat car pas assez d'huile et d'eau pour la cuisson. Et lorsque Mme T n'arrivait pas à sortir d'une difficulté : répétition des consignes pour l'utilisation des boutons digitaux de la plaque de cuisson en vitrocéramique.

2. Analyse et recherches

D'abord, les fonctions exécutives sont mobilisées pour s'adapter à des situations non routinières et nouvelles (Degiorgio, 2008). Il convient donc d'accompagner la personne ayant des troubles dysexécutifs à retrouver des stratégies pour faire face aux situations non routinières qu'elle pourra rencontrer dans sa vie quotidienne.

Pour en revenir à ma situation d'appel, les enjeux de la mise en situation cuisine dans la prise en charge d'une personne ayant des troubles des fonctions exécutives sont les suivants. Pour les courses : la réalisation correcte de la liste des ingrédients, se repérer dans le supermarché, ne rien oublier. Concernant la confection du repas : l'organisation, la restitution d'une recette connue et déjà réalisée par Mme T, ne pas oublier d'étapes, respecter les temps de réalisation et de cuisson prévus.

Si la personne se confronte à des difficultés, quelles sont les stratégies qu'elle met en place ? Ces stratégies sont-elles réapplicables pour la réalisation de ses activités de la vie quotidienne ? Comment accompagner la personne dans ce cheminement lors de la prise en charge en ergothérapie ? Comment graduer l'activité afin que la personne puisse développer ses capacités à travers la mise en situation de celle-ci ?

Ensuite, le transfert d'acquis, encore appelé transfert d'acquis ou des apprentissages, peut s'illustrer comme l'habilité à généraliser et transposer ses savoirs dans un contexte autre que celui où les apprentissages ont été exercés (Paquette, 2012).

Comment ce transfert d'apprentissages se réalise-t-il ? Quels sont les outils et approches utilisés en ergothérapie afin de permettre ce processus ?

De nombreuses approches de rééducation des fonctions exécutives existent. Par exemple, une étude de Cicerone et Wood affirme que la rééducation par résolution de problèmes permet aux personnes d'être plus efficaces dans leurs tâches en situation normée, puis en situation de vie quotidienne (Azouvi, Couillet et Pradat-Diehl, 2009). Cela montre l'intérêt des mises en situation pour

³ Fournir des indices, de sorte que la personne trouve la solution par elle-même.

qu'un transfert de connaissances soit possible pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. Il conviendra de se renseigner sur ces différentes approches.

Enfin, il s'agit ici d'une activité qui a du sens pour Mme T et qu'elle est amenée à réaliser chez elle. Il est important pour cette personne d'être la plus autonome et la plus indépendante possible pour cette activité de cuisine. Donc l'ergothérapeute va l'accompagner pour trouver des stratégies à appliquer au quotidien.

3. Problématique/Question de départ

Suite à cette situation et à quelques recherches sur le sujet, voici la problématique qui s'en dégage :

En quoi l'ergothérapeute favorise-t-il le transfert d'acquis d'adultes traumatisés crâniens, ayant un syndrome dysexécutif, dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne ?

4. Réflexion préliminaire

Après des ergothérapeutes que j'ai pu côtoyer et d'autres que mes collègues ont pu avoir comme tuteurs en stage en SSR⁴, j'ai pu constater que les mises en situation étaient des évaluations et des moyens de rééducation souvent utilisés en vue d'un retour à domicile. Elles se déroulaient majoritairement en institution. Pour ce qui est des interventions de l'ergothérapeute à domicile, dans ce cadre de prise en charge, cela concernait plutôt l'aménagement à domicile et parfois des mises en situation, telles que des transferts et des déplacements, dans l'environnement de la personne.

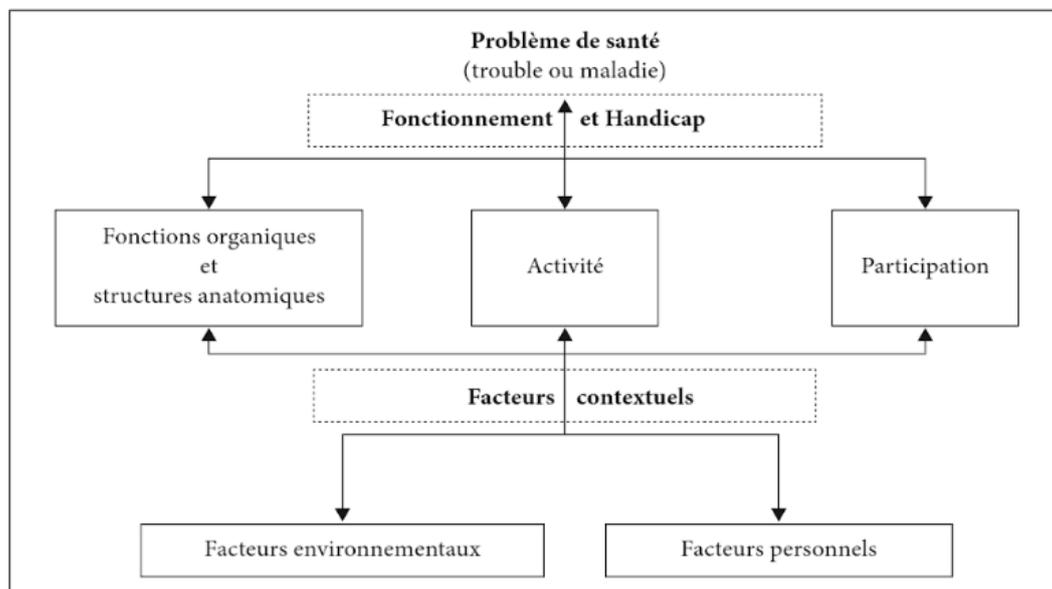
⁴ Soins de Suite et de Réadaptation

II. Cadre de références

1. Cadre conceptuel

Pour cette partie théorique et pour le reste de cette démarche d'initiation à la recherche, j'ai choisi comme modèle : le modèle du fonctionnement et du handicap avec la Classification Internationale du Fonctionnement du handicap et de la santé (CIF). Ce modèle m'a l'air pertinent car il illustre bien le fait que les patients partent, ici, d'un milieu normé, via les mises en situation en institution, à un milieu naturel : leur vie quotidienne dans leur environnement habituel.

D'après ce modèle, le fonctionnement et le handicap sont déterminés par l'interaction entre le problème de santé d'une personne et les facteurs contextuels (Morel-Bracq, 2017). Cette interaction est représentée par la CIF sous la forme d'un schéma (cf. Figure 1). Ce modèle se divise donc en deux composantes : en premier le fonctionnement et handicap, en deuxième, les facteurs contextuels. Les principaux concepts de ce modèle sont définis ci-dessous, directement selon les définitions de la CIF par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2001) ou citées par Marie-Chantal Morel-Bracq (2017).



Partie 1. Fonctionnement et handicap

- (a) Fonctions organiques et Structures anatomiques
- (b) Activités et Participation

Partie 2. Facteurs contextuels

- (c) Facteurs environnementaux
- (d) Facteurs personnels

Figure 1 : Schéma de la CIF (Morel-Bracq, 2017)

Dans un premier temps, le fonctionnement désigne tous les aspects positifs concernant les fonctions organiques et structures anatomique et les activités et la participation (Morel-Bracq, 2017). Tandis que le handicap évoque les aspects négatifs relatifs aux déficiences, limitation d'activités et restrictions de participation (Morel-Bracq, 2017).

D'abord, les fonctions organiques comprennent les fonctions physiologiques et fonctions psychologiques (mentales) d'une personne (Morel-Bracq, 2017). Et les structures organiques regroupent les composantes du corps humains en plusieurs systèmes, tels que le système nerveux, le système cardio-vasculaire, immunitaire et respiratoire (Weltgesundheitsorganisation, 2001). La déficience est le dysfonctionnement, temporaire ou non, d'une ou de plusieurs fonctions ou structures organiques. Il s'agit plus précisément d'un écart significatif par rapport à des normes statistiques définies (Weltgesundheitsorganisation, 2001).

Ensuite, l'activité est la réalisation d'une tâche dans un milieu normé, par exemple lors de bilans, de mises en situation en institution (Morel-Bracq, 2017). La capacité est l'aptitude à aboutir une tâche en milieu standard. Et les limitations d'activité sont les difficultés vécues par une personne pour accomplir ses activités (Morel-Bracq, 2017).

Puis, la participation est l'implication de la personne en situation de vie réelle (Weltgesundheitsorganisation, 2001). La performance est l'aptitude à exécuter des tâches en situation ordinaire. Les restrictions de la participation sont les difficultés d'implication de la personne dans son milieu sociétal (Morel-Bracq, 2017).

Dans un deuxième temps, les facteurs contextuels : ils comprennent les facteurs environnementaux et les facteurs personnels. Les facteurs environnementaux constituant les facteurs externes de la personne. Cela comprend l'environnement physique : par exemple le logement de la personne, l'environnement social et attitudinal : par exemple les relations avec les autres, les réglementations (Weltgesundheitsorganisation, 2001). Et les facteurs personnels incluent les caractéristiques spécifiques de la personne, comme son âge, son sexe, sa condition sociale, son mode et ses habitudes de vie (Morel-Bracq, 2017).

Ces facteurs contextuels peuvent constituer des obstacles limitant le fonctionnement et entraînant une ou des incapacités et/ou des facilitateurs favorisant le fonctionnement et diminuant le handicap (Morel-Bracq, 2017).

Enfin, j'utiliserai les termes spécifiques à ce modèle tout au long de cette démarche.

2. Traumatisme crânien

a. Généralités

Pour commencer, le problème de santé ciblé dans cette étude est le traumatisme crânien. Ce dernier est défini comme « *Toute agression directe ou indirecte responsable d'une fracture du crâne et/ou de troubles de la conscience ou de signes traduisant une souffrance encéphalique diffuse ou localisée d'apparition secondaire ou retardée* » (Cohadon & Castel, 2008, p.182).

Les principales causes de traumatisme crânien sont en majorité les accidents de la voie publique, puis les chutes, les accidents sportifs ou de loisirs, les agressions par balles et les tentatives d'autolyse (Lo, Kiefer, Mailhan et Azouvi, 2008 ; Pradat-Diehl, 2010).

Les structures anatomiques atteintes sont les parties de l'encéphale, plus précisément le cerveau et le cervelet (Masson, 2009). Pour information, ces structures figurent dans le chapitre des structures du système nerveux, selon la CIF (Weltgesundheitsorganisation, 2001). Ce chapitre est consultable en Annexes (cf. Annexe 1).

Au niveau du mécanisme du traumatisme crânien, les lésions primitives correspondent aux hématomes, aux contusions cérébrales fronto-temporales ou occipitales, un schéma des différents lobes du cerveau est disponible ci-dessous (cf. Figure 2), et les fractures de la boîte crânienne pouvant notamment entraîner des atteintes aux niveaux des nerfs crâniens. Il y a aussi par des effets d'accélération/décélération lors du traumatisme : les lésions diffuses avec une dégénérescence d'axone et/ou suite à des microhémorragies de petits vaisseaux (Maas, Stocchetti et Bullock, 2008 in Azouvi, 2015).

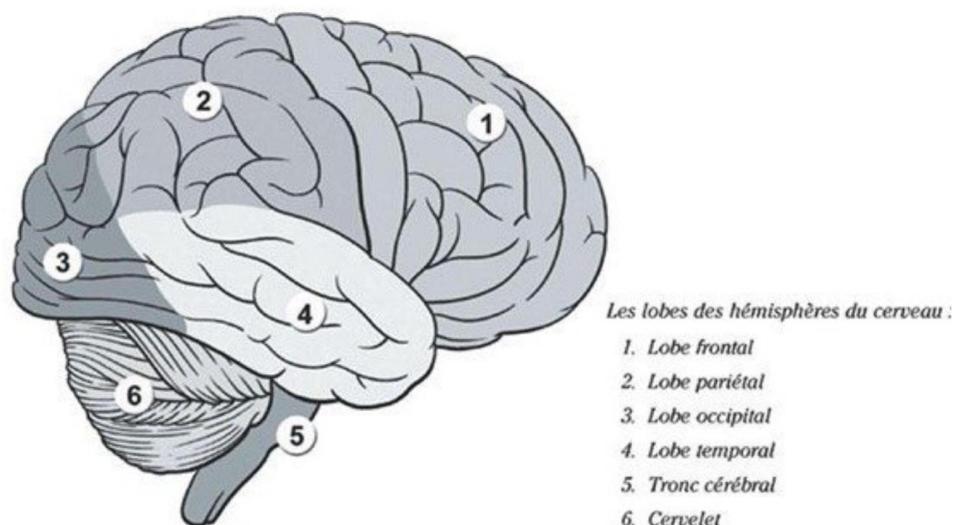


Figure 2 : Les différents lobes du cerveau (ICM, 2019)

Les lésions secondaires sont « *l'aggravation des lésions initiales dans les jours qui suivent le traumatisme* » ; leur apparition est fréquente lors de polytraumatisme (Maas, Stocchetti et Bullock, 2008 in Azouvi, 2015, p.7).

Dans le parcours de soins d'une personne traumatisée crânienne, elle est en générale pris en charge par le SAMU, puis en service de neurochirurgie et de réanimation lorsque la personne est dans le coma. La personne passe alors plusieurs phases : la phase de coma (forme la plus sévère de conscience), la phase d'éveil (dès l'ouverture des yeux), l'état de pauci-relationnel (conscience minimale), jusqu'à la phase de reprise de conscience de soi. Par la suite la personne sera conduite en service de rééducation post-réanimation, puis en Médecine Physique et de Réadaptation. Un schéma des parcours possibles d'une personne traumatisée crânienne est consultable en Annexes (cf. Annexe 2).

Lors du parcours de soins, la sévérité du traumatisme crânien est le plus souvent classifié par le score de coma de Glasgow en sévère (score entre 3 et 8), modéré (score entre 9 et 12) et léger (score entre 13 et 15) (Azouvi, 2015). L'évaluation consiste à estimer l'état de conscience de la personne via trois critères : l'ouverture des yeux, la réponse verbale et la réponse motrice. L'échelle détaillée est disponible en Annexes (cf. Annexe 3). Puis le devenir fonctionnel des personnes traumatisées crâniennes est classifié par l'échelle de GOS : Glasgow Outcome Scale. Cinq niveaux sont déterminés : bonne récupération (GOS 1), handicap modéré (GOS 2), handicap sévère (GOS 3), état végétatif chronique (GOS 4), mort (GOS 5) (Lo *et al.*, 2008). Cette échelle est également disponible en Annexes (cf. Annexe 4).

Ensuite, les conséquences sur les fonctions organiques sont motrices, sensibles, cognitives et comportementales (Azouvi, 2015). Du fait des atteintes neurologiques, il peut y avoir des déficiences sensorielles (par exemple visuelle), mais aussi des troubles épileptiques et des déficiences cognitives. Il peut exister des troubles moteurs tels que l'hémiplégie (atteinte des régions motrices du cerveau), la tétraplégie (atteinte du tronc cérébral) ou le syndrome cérébelleux avec troubles de l'équilibre et de la coordination (atteinte du cervelet).

Quelle que soit sa sévérité, les séquelles les plus fréquentes du traumatisme crânien sont les troubles cognitifs et comportementaux entraînant des difficultés dans les activités de la vie quotidienne, surtout au niveau social. Car ces troubles constituent un handicap invisible. De plus, les troubles comportementaux se traduisent souvent sous forme de désinhibition (Azouvi, 2015) et sont majoritairement liés à des lésions neurologiques au niveau frontal. Des troubles de l'humeur associés, comme l'anxiété ou la dépression, nécessitent un suivi psychologique ou psychiatrique (Pradat-Diehl, 2010).

Les fonctions organiques touchées par ce problème de santé, sont principalement les fonctions mentales, classifiées dans la CIF. Dans ces fonctions mentales, il y a les fonctions cognitives de niveau supérieur, dites exécutives (Weltgesundheitsorganisation, 2001).

b. Le syndrome dysexécutif

Auparavant, le syndrome dysexécutif était nommé syndrome frontal. En effet, l'atteinte est majoritairement frontale. Mais aujourd'hui, des recherches montrent que d'autres parties de l'encéphale peuvent être touchées (Godefroy, Jeannerod et Allain, 2008).

Le syndrome dysexécutif se définit comme l'altération des fonctions exécutives, affectant principalement la planification, le jugement et le contrôle des tâches (Azouvi, 2015). Les fonctions exécutives sont les capacités mobilisées pour réagir face à des situations nouvelles. Elles sont donc le plus souvent utilisées pour des situations « *pour lesquelles il n'y a pas de solution toute faite* » (Degiorgio, 2008, p.3). Elles comprennent des processus comme la planification, l'inhibition, la flexibilité et l'autocontrôle (Mahiant, 2013). Cela a donc un impact sur la réalisation des activités de la vie quotidienne, avec des difficultés d'adaptation dans des situations nouvelles, mais aussi au niveau social et professionnel (Degiorgio, 2008).

Les erreurs les plus fréquentes dans les activités de vie quotidienne sont principalement corrélées à l'atteinte d'un but (Azouvi, 2015). Majoritairement, il s'agit d'erreurs dues à un trouble de l'inhibition, se traduisant par l'incapacité à freiner des actions ou comportements inadaptés dans une situation donnée (Degiorgio, 2008). Puis l'atteinte d'un but, géré par la planification, est une autre difficulté. Le traumatisé crânien ayant des troubles des fonctions exécutives, de part cette altération, a du mal à anticiper et rencontre des difficultés à s'organiser et à séquencer les tâches pour ses activités (Golliot *et al.*, 2018).

Dans le syndrome dysexécutif, en plus des troubles des fonctions exécutives, s'ajoutent fréquemment des troubles attentionnels (surtout l'attention divisée), de la flexibilité et de la mémoire de travail. La flexibilité est altérée : la personne traumatisée crânienne a donc des difficultés à ajuster son plan d'action (adapter son attitude, son comportement, la réalisation d'une tâche) en fonction des exigences environnementales (Golliot *et al.*, 2018). L'analyse des situations est donc compliquée. L'altération de la mémoire de travail va affecter la mise à jour : la personne a des adhérences à une action, à une idée ou à un objet, car l'information stockée n'est pas remplacée par une nouvelle (Degiorgio, 2008). Les troubles attentionnels jouent un rôle dans les difficultés qui viennent d'être énoncées, car cela altère la priorisation d'analyse de l'information (Golliot *et al.*, 2018).

Ainsi, il est important de prendre en charge ce syndrome dysexécutif afin de faciliter le retour à domicile des traumatisés crâniens et la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne.

c. Ergothérapie, prise en charge générale

D'abord, les autres professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes sont les médecins rééducateurs et psychiatres. Les infirmières et aides-soignantes pour les soins de base, les traitements et la surveillance des constantes. Les kinésithérapeutes pour la rééducation neuromotrice, travail de l'équilibre du tronc, travail de motricité. Les orthophonistes pour rééduquer le langage dans son expression et sa compréhension. Les psychologues pour le soutien psychologique de la personne et de son entourage et les neuropsychologues pour rééduquer les fonctions mentales supérieures et accompagner la réinsertion sociale. Et l'assistante sociale pour assurer un suivi social (Lo *et al.*, 2008).

L'ergothérapie va aussi contribuer à favoriser l'indépendance et l'autonomie de la personne dans la vie quotidienne. Au près des patients traumatisés crâniens, l'intervention de l'ergothérapeute se développe à tous les stades de prise en charge. Le métier permet ainsi l'articulation des domaines techniques, médicaux et sociaux (Observatoire National des Emplois et des Métiers de la Fonction Publique Hospitalière, 2008). Mais il convient de rajouter que cette continuité de suivi ne peut être efficiente que si les ergothérapeutes travaillent en collaboration avec les autres professionnels de santé et sociaux.

Le travail en réseau s'étant développé ces dernières années via les législations de santé actuelles. En effet, il y a par exemple la circulaire du 18 juin 2004 concernant le développement des prises en charge sanitaire, médico-sociale et sociale des personnes traumatisées crâniennes. Ou encore la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoire (HPST) du 21 juillet 2009 liée à l'émergence des premiers services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés à domicile, notamment pour les personnes cérébrolésées (Pradat-Diehl, 2010).

3. Transfert des acquis

En général, en rééducation, le but de la personne est son retour à domicile, donc la reprise de ses activités de la vie quotidienne dans son environnement, via un transfert d'acquis. Le transfert d'acquis est désigné de plusieurs manières suivant les domaines et les auteurs : transfert des connaissances, transfert des acquis, généralisation des apprentissages, transfert ou généralisation de compétences.

Tout d'abord, l'apprentissage se définit comme « *le processus par lequel se développent, se transforment, s'acquièrent les structures et les capacités cognitives individuelles du sujet au travers de ses interactions avec l'environnement.* » (Presseau & Frenay, 2004). Il y a donc bien interaction entre le fonctionnement et les facteurs contextuels. Et le transfert d'acquis constitue l'aptitude qu'a une personne à s'adapter à de nouvelles situations en mobilisant des acquis issus de situations antérieures (Presseau & Frenay, 2004). Ainsi, il s'agit de l'habilité à transposer des connaissances mobilisées dans un contexte défini à un contexte différent (Paquette, 2012).

En rééducation et réadaptation, cette généralisation évolue dans la prise en charge. Les patients passent par des exercices analytiques, ensuite des mises en situation écrites, puis ils sont mis en action dans des mises en situation réelles. D'abord il existe une progression de la généralisation des connaissances dans les mises en situation papier/crayon. Car les personnes savent par la suite verbaliser des buts, des initiatives mais dans la vraie vie, les personnes ayant un syndrome dysexécutif, ont le plus souvent un manque d'initiative à l'action (Duval, 2007). Ceci peut être retravaillé en service de rééducation et de réadaptation.

Les acquis proviennent dans un premier temps des anciennes habitudes de vie des personnes, et de leurs capacités préservées. Dans un deuxième temps, lors de la rééducation de la personne traumatisée crânienne, l'apprentissage des acquis se réalise durant les différentes séances auprès de l'équipe interprofessionnelle. Il convient à la personne d'adopter des stratégies afin d'optimiser son quotidien. Ces stratégies sont apportées et travaillées par la personne elle-même et les professionnels la prenant en charge. Il est essentiel d'inclure aussi l'entourage, pour garantir des ressources sur lesquelles le patient pourra s'appuyer en cas de difficultés.

Les séances sont de préférence individuelles afin d'adapter la prise en charge en fonction de l'évolution de chaque patient. Chaque suivi prend en compte les objectifs et les problématiques de la personne. Ceci favorise la transposition des acquis et leur pérennité (Azouvi, 2015). De plus, la collaboration interprofessionnelle des secteurs du médical et du médico-social contribuent à l'évolution positive des apprentissages dans les activités de la vie quotidienne et dans les comportements sociaux de la personne (Noreau *et al.*, 2005).

Ainsi, le parallèle peut être fait avec la capacité, définie par la CIF comme l'aptitude à ajuster la réalisation d'une activité dans un environnement normé, et la performance qui correspond à l'aptitude à réaliser des activités dans des situations de vie réelle, dans l'environnement habituel de la personne (Morel-Bracq, 2017). Le transfert d'acquis englobe le fait de transposer ses connaissances dans une situation nouvelle, qu'elle se déroule dans l'environnement habituel ou non de la personne. Mais pour favoriser le transfert d'acquis, il est important de « *favoriser une certaine concordance entre le contexte d'apprentissage et l'un ou l'autre contexte de mobilisation des connaissances* » (Frenay & Bédard, 2011, paragr. 7). Il s'agit aussi de favoriser les capacités de mobilisation de stratégies, face à de nouvelles situations et éventuellement de nouveaux contextes.

Le transfert d'acquis est plus efficient lorsque des similarités à l'environnement de la personne sont incluses dans les exercices et les mises en situation réalisées en institution. Ceci est complété par des évaluations repérant les facteurs facilitants et obstacles dans l'environnement de la personne. L'écart entre la capacité et la performance permet aussi d'adapter la prise en charge et d'aménager l'environnement habituel afin de favoriser l'indépendance et l'autonomie (Weltgesundheitsorganisation, 2001). Le transfert d'acquis sera d'autant plus efficient si la personne bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire avec un projet commun individualisé (Paquette, 2012).

Pour la personne ayant un traumatisme crânien accompagné d'un syndrome dysexécutif, un travail de mise en situation prenant en compte les caractéristiques de l'environnement de la personne est essentiel pour augmenter le transfert d'acquis en situation de vie réelle (Azouvi *et al.*, 2009). Or en ergothérapie, la prise en charge peut se réaliser via des mises en situation.

Dans le cas des personnes traumatisées crâniennes, le réapprentissage se déroulera sur une longue période, du fait des lésions cognitives pouvant être présentes. Pour assurer une prise en charge adaptée, il est important de tenir compte du niveau de conscience (car possibilité d'anosognosie), des troubles de l'attention et de la mémoire, et des répercussions affectives que cela peut engendrer chez la personne. L'objectif étant de favoriser le traitement ajusté de l'information et la mise en place de stratégies opératoires efficientes (Mazaux in Chantraine, 2013). Il s'agit vraiment d'un travail collaboratif avec la personne et son entourage, afin d'améliorer leur quotidien.

4. Mise en situation

a. Activités de la vie quotidienne

Le syndrome dysexécutif touche donc la sphère de la vie quotidienne, élément central correspondant à l'activité dans le modèle de la CIF, plus précisément : les activités de la vie quotidienne. La CIF a classé ces activités en neuf domaines, définis par l'OMS (2001) :

1. Apprentissage et application des connaissances
2. Tâches et exigences générales
3. Communication
4. Mobilité
5. Entretien personnel
6. Activités domestiques
7. Activités et relations avec autrui
8. Grands domaines de la vie
9. Vie communautaire, sociale et civique.

De manière un peu plus détaillée, le premier domaine comporte les perceptions sensorielles intentionnelles (comme regarder, écouter), les apprentissages élémentaires (dont apprendre à lire, à écrire, à calculer, acquérir un savoir-faire) et l'application des connaissances (par exemple fixer son attention, lire, écrire, résoudre des problèmes, prendre des décisions).

Le 2^{ème} domaine correspond à l'exécution de tâches uniques et/ou multiples, de la routine, mais aussi la gestion du stress et autres aspects psychologiques.

Le 3^{ème} domaine concerne la communication, autant verbale que non verbale, orale et écrite, incluant le langage des signes, les messages écrits.

Le 4^{ème} domaine relatif à la mobilité comprend le positionnement du corps, la manipulation des objets (utilisation des membres supérieurs et inférieurs et de la motricité fine), les déplacements (marcher, se déplacer avec des équipements spéciaux, se déplacer en moyen de transport).

Le 5^{ème} domaine se réfère à l'entretien personnel : se laver, prendre soin de son corps et de sa santé, aller aux toilettes, s'habiller, manger, boire. Ces activités sont des activités routinières de base, essentielle à l'individu.

Le 6^{ème} domaine expose les activités domestiques : se loger, réaliser les tâches ménagères (comprenant la préparation des repas), s'occuper des autres.

Le 7^{ème} domaine décrit les interactions avec autrui : les relations familiales, intimes, amicales, avec des nouvelles personnes.

Le 8^{ème} domaine correspond aux grands domaines de la vie tels que l'éducation, le travail et la vie économique.

Enfin, le 9^{ème} domaine concerne la vie communautaire, sociale et civique incluant les loisirs, la vie spirituelle et la citoyenneté (Weltgesundheitsorganisation, 2001).

Les difficultés des adultes traumatisés crâniens en vie quotidienne sont majoritairement retrouvées dans le 2^{ème} domaine, relatif à la réalisation de tâches multiples et complexes et dans le 6^{ème} domaine, concernant les tâches complexes de la vie domestiques (par exemple les tâches ménagères, les repas) à effectuer (Chevignard, Taillefer, Picq et Pradat-Diehl, 2008).

Ainsi, tous ces domaines reflètent la diversité et la complexité des activités que peuvent mener chaque personne au quotidien.

Les activités de la vie quotidienne peuvent aussi se répartir en deux catégories : les activités routinières de base et les activités instrumentales. Il est important de définir ceci afin de faire la différence entre les activités routinières et complexes. Les activités complexes étant celles pour lesquelles les personnes traumatisées crâniennes ont majoritairement des difficultés (Chevignard *et al.*, 2008). En effet, des erreurs sont commises dans la réalisation de ces activités, ce qui entrave l'atteinte du but, surtout lors de la présence d'un syndrome dysexécutif (Azouvi, 2015).

Les activités routinières de base, dites « *activities of daily living (ADL)* » en anglais, correspondent aux soins personnels, à l'habillage, à la prise des repas, à la mobilité (marche, transferts). Ces activités peuvent aussi être impactées par des troubles de l'initiative : de l'apragmatisme et motivationnels : l'apathie.

Tandis que les activités instrumentales, dites « *instrumental activities of daily living (IADL)* » en anglais, concernent des tâches plus complexes de la vie quotidienne (Azouvi, 2015, p.38). Ces activités, essentielles pour s'occuper de soi et de ses biens (Pierce, 2016), demandent à la personne de prêter encore plus attention aux facteurs environnementaux (Meyer, 2013). Elles prennent en compte l'organisation quotidienne (par exemple l'heure du lever, l'utilisation d'un agenda), la capacité d'être ponctuel et de programmer sa journée en fonction d'imprévus, les activités domestiques (faire les

courses et la cuisine, les tâches ménagères) (Azouvi, 2015). Ou encore : s'occuper de ses enfants et des animaux domestiques, gérer son logement et ses finances. Les activités instrumentales incluent aussi les activités communautaires comme se déplacer dans les transports en commun budget (Meyer, 2013).

Avec ces divers types d'activités, la vie quotidienne se compose de routines, mais aussi d'imprévus. Il est important pour les personnes d'avoir des capacités d'adaptation afin de répondre de manière appropriée à ces situations. C'est pour cela, qu'il est intéressant de personnaliser les prises en charge en repérant les activités significatives et signifiantes pour chaque personne traumatisée crânienne.

b. Activités significatives et signifiantes

L'activité significative renvoie au socio-symbolique, elle a un sens dans l'environnement sociétal de la personne (par exemple son entourage, ses groupes d'appartenance). L'activité significative se réfère donc à ce qui a un sens pour la société, alors que l'activité signifiante correspond à ce qui a un sens propre pour la personne (Morel-Bracq *et al.*, 2015). Elle se définit aussi par l'importance accordée par la personne par rapport à l'ensemble de ses activités (Morel-Bracq *et al.*, 2015).

C'est sur l'activité signifiante que cette démarche d'initiation à la recherche se concentre. Car elle a un impact sur le bien-être de la personne. Elle contribue à son accomplissement, au développement de son identité et de sa vie en société (Morel-Bracq *et al.*, 2015). Intégrer les activités signifiantes dans la prise en charge rééducative, c'est ajouter de la cohérence par rapport aux valeurs de la personne. Ainsi, les activités signifiantes, mobilisées dans des mises en situation, peuvent favoriser la continuité du transfert des acquis en vie quotidienne (Dupuis *et al.*, 2015).

Donc il est intéressant d'utiliser une activité signifiante pour la personne afin d'améliorer sa motivation et ainsi favoriser l'apprentissage en mise en situation. Mais cela nécessite de s'être renseigné au préalable sur les activités antérieures de la personne. Si elle veut les reprendre, son implication sera sollicitée. Cela permet au patient qu'il soit acteur de sa prise en charge.

De plus, l'intervention à domicile ou une mise en situation au plus proche des conditions de vie d'une personne ayant des troubles dysexécutifs favorisent le transfert d'acquis, vers une indépendance et une autonomie au quotidien (Dupuis *et al.*, 2015).

c. Prise en charge en ergothérapie : les mises en situation

Pour commencer, les mises en situation sont principalement utilisées en ergothérapie pour améliorer et/ou maintenir l'autonomie et l'indépendance des personnes dans leur vie quotidienne. L'analyse des mises en situation permet de définir le type de prise en charge et « *de débiter ou de poursuivre la rééducation des capacités fonctionnelles et cognitives déficitaires afin qu'elles soient transférées dans les activités de la vie quotidienne* » (Dupuis et al., 2015, p.10).

La mise en situation est « *une observation directe du patient en situation d'activité écologique* » (Delavallade & Verguier, 2009, p.265). Il y a aussi la notion d'écologie qui peut se définir comme « *l'étude des êtres vivants [...] dans leur milieu habituel ou dans des conditions qui se rapprochent autant que possible de celles de leur existence naturelle* » (Delamare, 2009, p.271). Pour indication, le qualificatif « écologique » pour une mise en situation se réfère de plus en plus de nos jours à la réalisation dans le milieu de vie de la personne, ne se résumant pas seulement à son domicile (il y a aussi les commerces à proximité par exemple) (Mahiant, 2013).

En ergothérapie, les mises en situation constituent un moyen pour le patient d'identifier des stratégies à mettre en place pour favoriser son quotidien. En effet, que ce soit en chambre, en appartement thérapeutique, en milieu urbain ou au domicile du patient, l'ergothérapeute propose des mises en situation afin d'accompagner la personne dans sa transition de retour à domicile ou en structure d'accueil. L'ergothérapeute utilise aussi les habitudes de vie de la personne, afin d'adapter la prise en charge et l'individualiser.

Pour les personnes traumatisées crâniennes, les mises en situation sont instaurées à la suite d'une rééducation cognitive. D'abord, des mises en situation « papier-crayon » sont exercées, avec la résolution de scénarios de la vie quotidienne. Ceci est notamment travaillé en collaboration avec l'orthophoniste, pour notamment mobiliser l'attention et la mémoire de travail. Ensuite, des mises en situation concrètes travaillées en ergothérapie permettent de renforcer les capacités d'organisation et d'élaboration de stratégies (Duval, 2007).

Dans le cadre de la rééducation des fonctions exécutives, la mise en place de ces mises en situation nécessite une phase d'entretien, d'observation et de bilans, afin de repérer les contraintes environnementales de l'individu. Puis la détermination des étapes nécessaires à la tâche travaillée. Ensuite la mise en place d'un plan d'action. Enfin, une phase d'exécution qui concrétisera la finalité du

plan d'action, se traduisant par l'échec ou la réussite de celui-ci, nécessitant ou non un réajustement des stratégies par la suite (Taillefer, 2004). La mise en situation est réalisée de manière la plus autonome possible par la personne traumatisée crânienne, sous l'encadrement de l'ergothérapeute (Golliot *et al.*, 2018).

Pour conclure cette partie théorique, cette démarche d'initiation à la recherche exprime son intérêt sur l'impact des mises en situation sur la réalisation des activités de la vie quotidienne en vie réelle. Il est à rajouter que lorsque la personne réalise dans un premier temps ses activités de vie quotidienne en institution, par exemple se préparer à ses journées de rééducation, il s'agit aussi la vie réelle. Ce n'est peut-être pas le milieu habituel, mais à ce moment-là, les activités de la vie quotidienne sont bien réelles. De plus, les activités significatives ont un sens sociétal donc sont normalement applicables tout le temps. Ainsi, il est intéressant de se pencher sur l'utilisation des activités signifiantes, qui ont un sens propre à la personne, à un moment donné de leur vie.

5. Hypothèse

C'est suite à tous ces éléments que mon hypothèse s'est constituée : faire le lien entre la pratique de l'ergothérapeute : ici les mises en situation et le fait de favoriser les transferts d'acquis en favorisant tout d'abord la capacité, puis la performance de la personne.

Ainsi, voici un rappel de la problématique :

En quoi l'ergothérapeute favorise-t-il le **transfert d'acquis** d'adultes **traumatisés crâniens**, ayant un **syndrome dysexécutif**, dans la réalisation de leurs **activités de la vie quotidienne** ?

Et l'hypothèse qui en découle est la suivante :

Les **mises en situation d'activités significantes**, pour des adultes traumatisés crâniens, favorisent leur **participation** dans leurs **activités de la vie quotidienne**.

III. Enquête exploratoire

1. Modalités d'enquête

a. Objectifs

Au regard de la problématique et de l'hypothèse citées précédemment, voici les objectifs d'enquête correspondant :

- Analyser l'impact des mises en situation d'activités signifiantes en ergothérapie sur la capacité et la performance d'adultes traumatisés crâniens, hospitalisés ou ayant été hospitalisés il y a moins de cinq ans en service de Médecine Physique et de Réadaptation, dans leurs activités de la vie quotidienne.

Critère d'évaluation : analyse qualitative sur le contenu recueilli via des entretiens semi-directifs : analyse du champ lexical relatif à la participation, à la capacité et à la performance, analyse de la positivité ou de la négativité des propos, analyse de la communication non verbale.

- Vérifier que les mises en situation en ergothérapie jouent un rôle dans le transfert des acquis chez des adultes traumatisés crâniens ayant un syndrome dysexécutif, hospitalisés ou ayant été hospitalisés il y a moins de cinq ans en service de Médecine Physique et de Réadaptation.

Critère d'évaluation : analyse qualitative sur le contenu recueilli via des entretiens semi-directifs : analyse du champ lexical se référant aux mises en situation et au transfert des acquis, analyse de la positivité ou de la négativité des propos, analyse de la communication non verbale.

Des objectifs secondaires, désignés sous le terme de « sous-objectifs » dans cet écrit, ont été constitués, afin d'élaborer des questions précises pour l'outil d'enquête qui est décrit par la suite.

Afin de comprendre et d'apprécier la réalité du terrain, il convient d'appliquer la méthode de recherche qualitative. Celle-ci permet de collecter de nombreuses informations approfondies sur le sujet et de solidifier ou non la conformité scientifique de l'étude (Romelaer, 2005).

b. Population

Utilisant une méthode qualitative, un échantillon restreint non représentatif, mais caractéristique de la population à étudier (Sauvayre, 2013) a été constitué. De plus, pour avoir le point de vue de toutes les personnes concernées, des ergothérapeutes et des adultes ayant subi un traumatisme crânien ont été interrogés. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont ci-dessous précisés sous forme de tableaux.

Les ergothérapeutes

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">▪ Ayant une expérience professionnelle en ergothérapie de plus de 6 mois, en France.▪ Ayant eu l'accord de sa hiérarchie pour participer à l'étude.▪ Travaillant en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR).▪ Ayant pris et prenant en charge des adultes traumatisés crâniens.▪ Réalisant des mises en situation auprès de cette population.	<ul style="list-style-type: none">▪ Ayant une expérience professionnelle en ergothérapie inférieure à 6 mois, en France.▪ N'ayant pas eu l'accord de sa hiérarchie pour participer à l'étude.▪ Ne travaillant pas en Médecine Physique et de Réadaptation.▪ Ne prenant pas en charge des adultes traumatisés crâniens.▪ Ne réalisant pas de mises en situation, notamment auprès d'adultes traumatisés crâniens.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'échantillon d'ergothérapeutes

L'échantillon a été constitué en tenant compte de ces critères, via des courriers électroniques et des appels téléphoniques.

Les adultes traumatisés crâniens

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none">▪ Présence du consentement de la personne pour réaliser l'entretien.▪ Adulte (âge supérieur ou égal à 18 ans) ayant un traumatisme crânien avec des troubles des fonctions exécutives.▪ En phase de prise en charge en Médecine Physique et de Réadaptation (comprenant les hospitalisations complètes et hospitalisations de jour) ou ayant été hospitalisés en MPR il y a moins de 5 ans.▪ Ayant un score de 1 : bonne récupération ou 2 : handicap modéré à l'échelle de Glasgow Outcome Scale (GOS) (Cohadon & Castel, 2008).	<ul style="list-style-type: none">▪ Absence du consentement de la personne pour réaliser l'entretien.▪ Adulte ayant un traumatisme crânien sans troubles des fonctions exécutives.▪ Patients n'ayant pas de mises en situation dans leur prise en charge.▪ Ayant un score supérieur à 2 à l'échelle de GOS, car nécessité constante de l'aide d'un tiers (Cohadon & Castel, 2008).▪ Présence de troubles cognitifs, de compréhension et/ou de communication majeurs ne permettant pas un échange efficient pour l'enquête.

Tableau 2 : Critères d'inclusion et d'exclusion pour l'échantillon d'adultes traumatisés crâniens

L'échantillon a été constitué par effet boule-de-neige (Guillez & Tétreault, 2014), en tenant compte de ces critères, via les contacts avec des ergothérapeutes du terrain, pour avoir un avis expert sur le choix des personnes sélectionnées.

c. Outil

Choix de l’outil d’investigation

Dans la continuité d’une méthode de recherche qualitative, des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des adultes traumatisés crâniens et auprès des ergothérapeutes. Ces entretiens, structurés par un guide d’entretien (Imbert, 2010), permettent d’aborder des thématiques précises, tout en laissant une liberté d’expression à l’interviewé (Fenneteau, 2015). Les questions sont ouvertes et neutres, pour ne pas influencer la personne interrogée et la laisser exposer ses propres arguments (Imbert, 2010).

Construction de l’outil d’investigation

Pour l’enquête, un guide d’entretien à l’intention des ergothérapeutes et un guide d’entretien à l’intention des adultes traumatisés crâniens ont été constitués. Voici la méthode de construction des guides d’entretien et le déroulement prévu de ces entretiens semi-directifs. Ceux-ci sont disponible en Annexes (cf. Annexe 5 et Annexe 6).

Au préalable, les informations sur les modalités d’entretien et une fiche d’autorisation comprenant l’information de l’enregistrement audio et du respect de l’anonymat, l’explication de l’utilisation des données de l’entretien et du temps de sauvegarde celles-ci (Guillez & Tétreault, 2014), consultable en Annexes (cf. Annexe 7), ont été présentées aux personnes concernées. Le thème général du mémoire, la durée moyenne de l’échange ont aussi été stipulés (Imbert, 2010).

Pour la durée moyenne de l’échange, un temps plus court a été prévu pour les adultes traumatisés crâniens : dix à vingt minutes, avec au maximum huit questions. Alors que pour les ergothérapeutes, quinze à trente minutes pour une dizaine de questions.

Ensuite, les questions des guides d’entretien ont été constituées en fonction de thématiques répondant à des sous-objectifs et aux objectifs principaux de l’enquête (cf. Annexe 5 et Annexe 6). Voici un aperçu du déroulé pour chaque population dans le Tableau 3 ci-dessous.

Ergothérapeutes	Adultes traumatisés crâniens
<ul style="list-style-type: none">• Généralités ;• Mise en situation et activités signifiantes ;• Participation, capacité, performance ;• Transfert d’acquis ;• Ouverture.	<ul style="list-style-type: none">• Généralités ;• Activités signifiantes ;• Participation, capacité, performance ;• Mise en situation et transfert d’acquis ;• Ouverture.

Tableau 3 : Thématiques abordées lors des entretiens

Dans la constitution de l’outil d’entretien semi-directif, pour ramener à la thématique ciblée, si nécessaire des relances ont été préparées, telles que la reformulation ou l’écho, pour encourager la personne à approfondir ses propos (Blanchet, 2007).

Test de l'outil d'investigation

L'outil a été testé auprès d'un ergothérapeute n'intervenant pas dans l'enquête et quelques étudiants de troisième année en ergothérapie. Il a également été testé sur quelques personnes ne connaissant pas le sujet, afin d'évaluer la cohérence des questions. Ce pré-test a permis de vérifier la faisabilité, la fiabilité, le temps moyen de l'entretien et d'effectuer des ajustements si besoin. Enfin, cela a permis de valider l'outil.

d. Passation

Mise en place de l'enquête

Au niveau des détails de la mise en place de l'enquête, voici dans la Figure 3 ci-dessous, un organigramme synthétisant cette démarche. Pour information, les personnes interrogées ont été anonymisées.

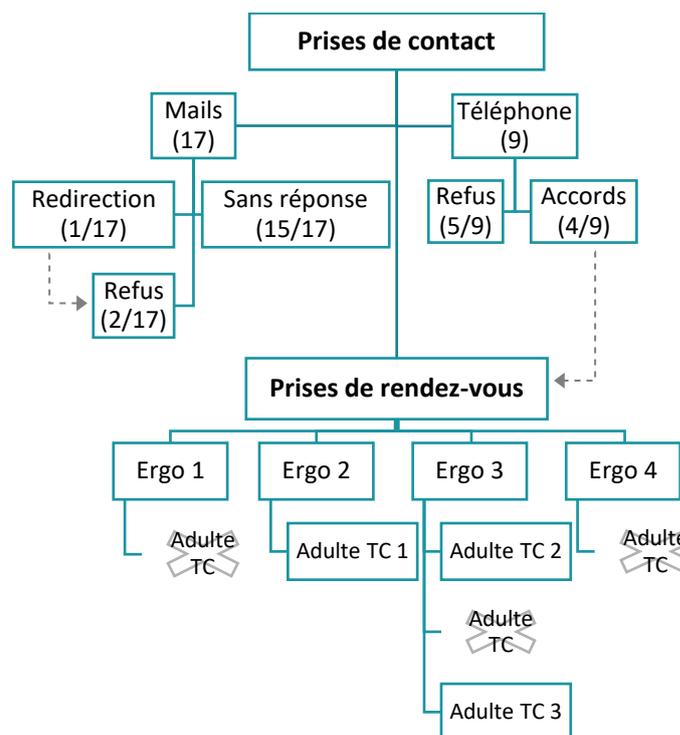


Figure 3 : Organigramme de la mise en place de l'enquête

D'abord, il y a eu dix-sept tentatives de contact par mail sur la Région Ile-de-France. Après une relance, quinze mails sont demeurés sans réponse. Il y a donc eu deux réponses sur dix-sept mails envoyés : une directement négative et l'autre a fait l'objet d'une redirection, puis d'un refus. S'ajoutent à ces prises de contact par mail neuf appels téléphoniques en Région d'Ile-de-France et en Région Centre. Ces appels ont abouti à cinq refus et à quatre accords pour des entretiens.

Ensuite, il y a eu les prises de rendez-vous et la réalisation d'entretiens auprès de quatre ergothérapeutes. Ces ergothérapeutes ont permis de prendre contact avec des adultes traumatisés crâniens, par la méthode boule-de-neige. L'ergothérapeute n°1 (Ergo 1) a pensé à une patiente, mais celle-ci détenait un critère d'exclusion : problèmes de communication majeurs ne permettant pas un échange efficient pour l'enquête. Il en a été de même avec la proposition de l'ergothérapeute n°4 (Ergo 4). L'ergothérapeute n°2 (Ergo 2) a permis de prendre contact et d'effectuer un entretien avec l'adulte traumatisé crânien n°1 (Adulte TC 1) pour l'enquête. Enfin, l'ergothérapeute n°3 (Ergo 3) avait trois possibilités de patients à interroger. Sur ces trois derniers, une des propositions (une femme ayant eu un traumatisme crânien) a été sans réponse. Les deux autres : les adultes traumatisés crâniens n°2 et n°3 (Adulte TC 2 et Adulte TC 3) ont pu être reconduits et des entretiens ont été établis.

Passation des entretiens

Avant de commencer l'entretien, il y a eu présentation de l'enquêteur. Puis un rappel du thème général du mémoire, de la durée moyenne de l'échange, de l'enregistrement de l'entretien et le respect de l'anonymat a été énoncé.

Ensuite, les thématiques répondant aux objectifs d'enquête ont été évoquées, via les questions établies dans un ordre défini au préalable dans le guide d'entretien. Durant l'entretien semi-directif, pour recadrer les réponses aux thématiques ciblées, des relances ont été effectuées si besoin.

Enfin, l'entretien s'est terminé en arrêtant l'enregistrement et en remerciant la personne pour sa disponibilité et sa participation.

Au final, quatre entretiens auprès d'ergothérapeutes et trois auprès d'adultes ayant eu un traumatisme crânien ont été réalisés. Certains entretiens ont été effectués en présentiel, d'autres par téléphone à cause de contraintes de planning et de temps.

Ces entretiens, au nombre de sept au total, ont chacun été retranscrits par la suite, afin de traiter les résultats. Une retranscription d'un entretien avec une ergothérapeute et d'un entretien avec un adulte traumatisé crânien sont à disposition en Annexes (*cf.* Annexe 8 et Annexe 9).

Pour plus de précision, les limites de cette méthode de recherche sont énoncées après l'analyse des résultats, dans la discussion.

2. Présentation et analyse des résultats

Pour cette enquête qualitative, les profils des populations cibles interrogées sont exposés ci-dessous. Classés par thématique, les résultats sont d'abord présentés sous forme de tableau, puis analysés sous forme de diagramme.

Dans un premier temps, les données récurrentes et significatives sont relevées dans les tableaux, par thèmes et par questions abordées en entretien. Ce qui est en italique dans les tableaux correspond aux termes, idées et propos évoqués par les personnes interrogées.

Dans un deuxième temps, les résultats sont triés, croisés et représentés dans les diagrammes pour faciliter leur lecture et leur interprétation. En ordonnée se trouvent les fréquences : le nombre d'ergothérapeutes, le nombre de patients et/ou le nombre de personnes interrogées au total. En abscisse, les items et catégories de réponses sont étalés. Pour information, les données ont été traitées suivant quelques conseils d'un statisticien.

Par la suite, des liens et des comparaisons avec la littérature seront présentés dans la discussion. Pour finir, les éléments de réponse à la question de recherche sont synthétisés et exprimés en conclusion.

a. Les populations cibles interrogées

Au niveau des populations cibles de l'enquête sept personnes au total ont été interrogées.

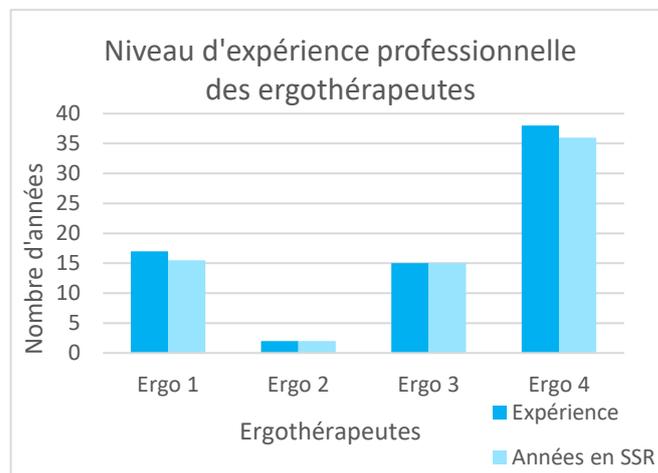


Figure 4 : Niveau d'expérience des ergothérapeutes

Au sujet des répartitions des ergothérapeutes : trois ergothérapeutes sur quatre ont plus de dix ans d'expérience totale et en service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) (cf. Figure 4). Ensuite, trois ergothérapeutes travaillent en hôpital public et un en clinique privée. La répartition hommes/femmes est équilibrée dans cet échantillon (2 femmes pour 2 hommes).

Au niveau des profils des adultes traumatisés crâniens, l'âge de chacun, les causes de leur traumatisme crânien et la date de leur accident sont relevés dans le Tableau 4 ci-dessous.

	Adulte TC 1	Adulte TC 2	Adulte TC 3
Âge	46 ans	38 ans	29 ans
Cause du TC ⁵	Accident de moto	Accident de la route	Chute de cheval
Date de l'accident	Décembre 2018	Août 2017	Mai 2016

Tableau 4 : Données sur les adultes traumatisés crâniens

L'échantillon d'adultes traumatisés crâniens établi est composé de trois hommes. La moyenne d'âge de cette population est de 37 ans.

Dans le cadre de cette enquête, les causes les plus fréquentes de traumatisme crânien sont les accidents de la voie publique (2 adultes traumatisés crâniens sur 3).

b. Mises en situation et activités significantes

Il convient d'aborder en premier lieu les thématiques de mises en situation et d'activités significantes, afin de préciser le contexte des mises en situation réalisées en ergothérapie auprès d'adultes traumatisés crâniens, en service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Dans le Tableau 5, recueillant des réponses d'ergothérapeutes, le thème : les mises en situation, la question posée et le sous-objectif correspondant sont précisés. Pour information, les objectifs principaux de l'étude sont abordés une fois l'analyse de tous les résultats effectuée.

D'abord, les activités utilisées en mise en situation sont relevées. Ensuite, sont énoncées les buts et façon de faire par les ergothérapeutes pour instaurer ces mises en situation.

⁵ Traumatisme crânien

Thème : Mises en situation				
Question : Quelles activités de la vie quotidienne utilisez-vous la plupart du temps en mise en situation ? Dans quels buts et dans quelles conditions ?		Sous-objectif : Cibler les activités les plus utilisées dans les prises en charge. Vérifier que l'un des buts est la réalisation des activités de la vie quotidienne. Vérifier le contexte/les modalités des mises en situation.		
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Réponses : Activités	<i>Toilette, habillage, courses, cuisine, jardinage, étendre le linge, faire le lit.</i>	<i>Toilette, habillage, courses, cuisine, jardinage, linge (à étendre, à plier et à ranger), ménage.</i>	<i>Courses, cuisine. Dans le programme « comme à la maison » : ménage, faire le lit, s'occuper du petit-déjeuner. Bricolage, travaux manuels (plus ou moins artistiques). Reproduire chez soi. Proposition d'activités nouvelles.</i>	<i>Toilette, habillage, cuisine, activités artisanales, musique, activités nouvelles, activités du AMPS : Assessment of Motor and Process Skills (correspondant à l'évaluation des aptitudes motrices opératoires).</i>
Réponses : Buts/ Façon de faire	<i>Au départ pour stimuler. Faire le point sur les capacités. Récupérer l'autonomie dans les activités de vie quotidienne. Que la personne réalise seule l'activité. Observer s'il y a une prise d'initiative. Evaluer le périmètre de marche. Evaluer les prises de danger. Apprécier l'endurance dans les activités. Solliciter. Mettre à disposition. Par rapport aux situations professionnelles.</i>	<i>Aide pour le retour à domicile et pour être plus autonome dans les activités de vie quotidienne.</i>	<i>Evaluation des besoins (avec la MCRO⁶). Détermination commune des objectifs. Faire de l'occupationnel. Pour travailler les gnosies. Que la personne réalise seule l'activité. Proposer des activités nouvelles. Appartement thérapeutique.</i>	<i>Au départ une évaluation des besoins/volontés du patient, des demandes de la famille. Détermination de buts et d'objectifs. Apportent des informations à la personne et à l'ergothérapeute par rapport aux activités de vie quotidienne. Se rapprochant de situations professionnelles. Sollicitations. Analyser les capacités. Pour prendre conscience des difficultés, de la réalité, « des raisons des échecs ». Permettre un réajustement et une prise de repères.</i>

Tableau 5 : Activités mises en situation, buts et façon de faire - Ergo

⁶ Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel

Certaines activités sont plus utilisées que d'autres. Conformément au sous-objectif (cf. Tableau 5), l'un des buts était de cibler les activités les plus utilisés dans les prises en charge.

Ainsi, les mises en situation citées par les ergothérapeutes sont représentées sous forme de diagramme dans la Figure 5, afin de mettre en évidence les activités les plus utilisées dans les prises en charge.

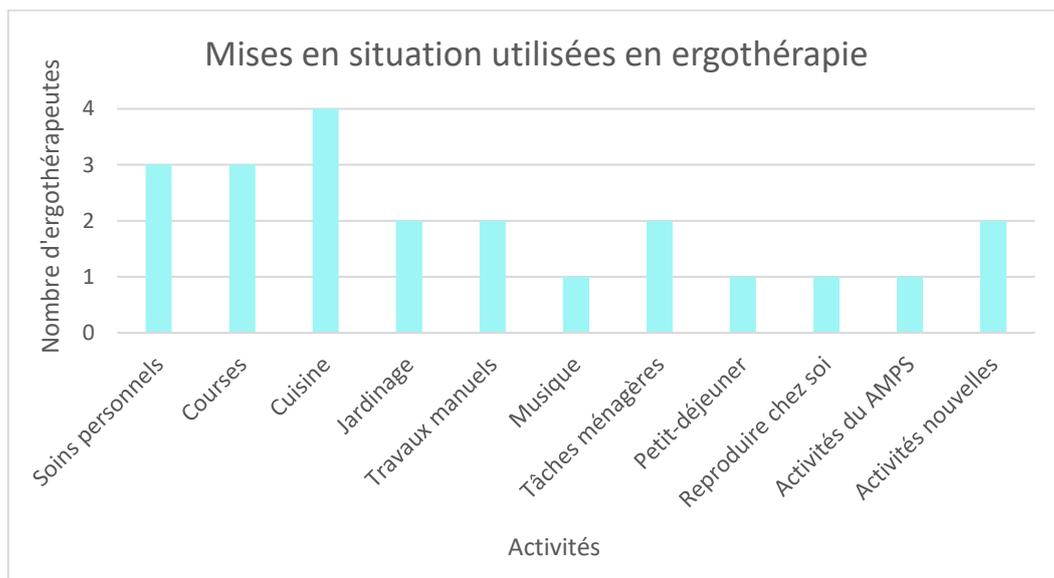


Figure 5 : Mises en situation proposées en ergothérapie

La mise en situation la plus citée par les ergothérapeutes est l'activité cuisine. En effet tous les ergothérapeutes interrogés la mentionnent (4/4). Viennent ensuite les mises en situation de courses et de soins personnels dont la toilette et l'habillage, citées par trois ergothérapeutes sur quatre (3/4). Puis d'autres activités sont utilisées comme les travaux manuels dont le bricolage, les tâches ménagères comprenant le linge et faire le lit, le jardinage et proposer des activités nouvelles (2/4). Puis il y a la musique, le petit-déjeuner, reproduire des activités chez soi et utiliser les activités du AMPS (1/4).

D'après les résultats obtenus, les mises en situation sont donc majoritairement des activités du sixième domaine de la CIF constituant les activités domestiques telles que la préparation des repas, les courses et le ménage. Cela concerne aussi le cinquième domaine correspondant à l'entretien personnel comme se laver et s'habiller. De plus, il apparaît des activités relevant des loisirs, se rattachant au neuvième domaine, comme par exemple le jardinage, le bricolage ou la musique.

Ensuite, il est intéressant de vérifier le contexte, les modalités et donc les composantes méthodologiques des mises en situation instaurées en ergothérapie. Donc le diagramme suivant, en Figure 6, constitue un récapitulatif des buts et des méthodologies en vue des mises en situation. Les buts et les méthodologies ont été rassemblés ici car la nature des réponses données n'a pas été distinctement précisée dans les réponses. Il s'agit aussi de vérifier que l'un des buts de ces mises en situation est la réalisation des activités de la vie quotidienne.

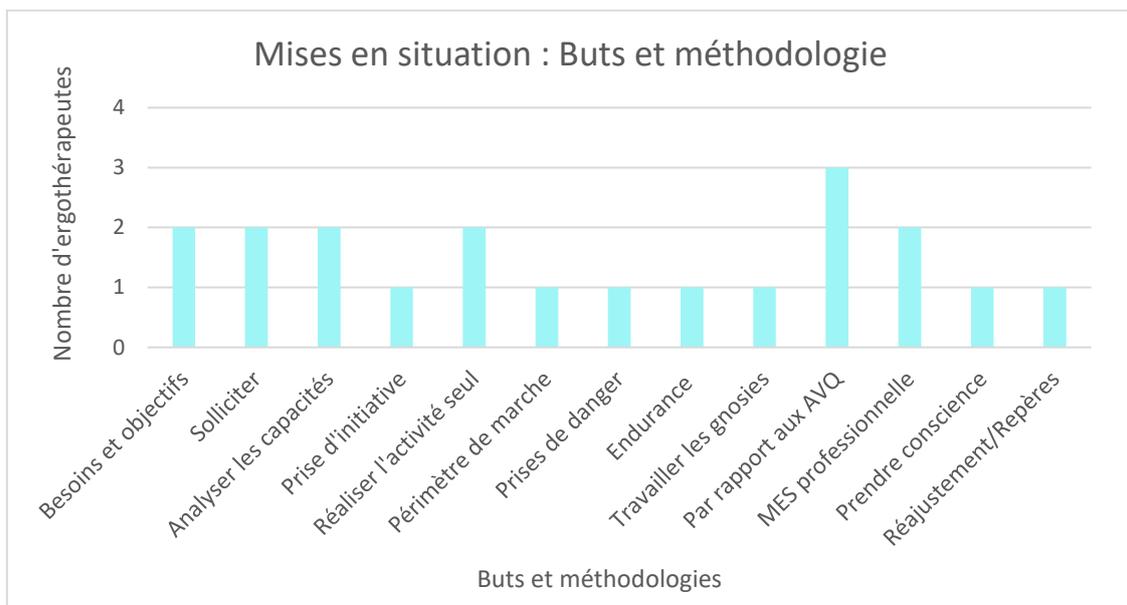


Figure 6 : Mises en situation – Buts et méthodologie

Dans les résultats (cf. Figure 6), il ressort que les mises en situation sont principalement utilisées par rapport aux activités de la vie quotidienne (3/4). En effet, d'après l'Ergo 4, elles fournissent des informations au patient et à l'ergothérapeute sur la réalisation des activités de la vie quotidienne. Et d'après l'Ergo 1 et l'Ergo 2, elles contribuent à la prise d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (cf. Tableau 5).

De plus, les mises en situation permettent d'analyser les capacités de la personne (2/4). Cela en la sollicitant (2/4), mais aussi en lui faisant réaliser ces activités seule (2/4).

Il est apparemment intéressant d'évaluer les besoins et de poser des objectifs communs, vus avec le patient, afin de mettre en place ce type de prise en charge (2/4). Ou encore de proposer des mises en situation proches des conditions professionnelles (2/4).

En fonction des ergothérapeutes, les mises en situation évaluent aussi les gnosies (1/4), la prise d'initiative (1/4), le périmètre de marche (1/4), les prises de danger (1/4) et l'endurance (1/4).

Elles participent à la prise de conscience de la situation (1/4), à des prises de repères et à des réajustements (1/4) de la part de la personne.

S'ajoute à cette étude l'appréciation de la pratique des mises en situation. Les patients évoquent ici la notion de plaisir par rapport à une activité précise (1/3), l'importance de l'ergothérapie dans la prise en charge (2/3), l'encadrement et la satisfaction (1/3) (cf. Tableau 6).

Thème : Mises en situation			
Question : Comment vivez-vous ces mises en situation ?		Sous-objectif : Analyser l'appréciation de la pratique et éventuellement l'apport des mises en situation.	
Population	Adulte TC 1	Adulte TC 2	Adulte TC 3
Réponses	<i>« Ça m'a fait plaisir ! ça faisait longtemps que j'en avais pas faite et ça me manquait » (en parlant de l'activité cuisine).</i>	<i>« Ce qui m'aidait [...] c'était l'ergothérapie essentiellement ».</i>	<i>« J'étais encadré », « j'ai beaucoup bossé en ergothérapie », « ça a été plus que très satisfaisant ».</i>

Tableau 6 : Ressentis des mises en situation – Adultes TC

Pour compléter cette analyse sur les mises en situation, il convient de faire le lien avec les activités significantes. Il est intéressant de relever tout d'abord les activités significantes citées par les principaux concernés : les adultes traumatisés crâniens (cf. Tableau 7), puis celles que les ergothérapeutes évoquent (cf. Tableau 8). L'un des sous-objectifs étant de vérifier si les activités significantes des personnes sont utilisées en mises en situation.

Thème : Mises en situation et activités significantes			
Question : Quelles activités ont le plus de sens pour vous ? Sont-elles utilisées dans les mises en situation que vous réalisez en ergothérapie ?		Sous-objectif : Vérifier si les activités significantes sont utilisées en mises en situation.	
Population	Adulte TC 1	Adulte TC 2	Adulte TC 3
Réponses : Activités	<i>Manger, se laver, courses, cuisine, lire le journal, regarder la télévision.</i>	<i>Sport, sortir les week-ends, les enfants, « remplir les papiers », cuisine.</i>	<i>La vie de famille. L'équitation.</i>
Réponses : Activités utilisées en mise en situation	<i>Courses, cuisine.</i>	<i>Courses, cuisine.</i>	<i>Equithérapie.</i>

Tableau 7 : Activités significantes mises en situation – Adultes TC

Déjà, d'après le Tableau 7, l'activité signifiante la plus mise en situation est l'activité cuisine. Pour précision, l'Adulte TC 3 dit qu'il n'a pas fait d'activité cuisine car c'était sa mère, puis sa femme qui s'en occupent.

Ensuite, il convient de relever dans le Tableau 8 les activités signifiantes utilisées en mise en situation et citées par les ergothérapeutes, afin de croiser ensuite les données dans un diagramme.

Thème : Mises en situation et activités signifiantes				
Question : Dans quelles activités repérez-vous que l'implication de la personne est plus forte ?		Sous-objectif : Vérifier l'impact des mises en situation signifiantes sur la participation des personnes en vie quotidienne.		
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Réponses : Activités	<i>Cuisine, pâtisserie, jardinage.</i>	<i>Cuisine.</i>	<i>Cuisine, courses (odeurs et couleurs), bricolage.</i> <i>Avec la MCRO : se couper les ongles, aller aux toilettes seul.</i>	<i>Cuisine, broderie, musique.</i>
Réponses : Argumentations de l'ergothérapeute pour utiliser les activités signifiantes en mise en situation	<i>Faire appel au bagage professionnel.</i> <i>Prendre en compte les habitudes de vie.</i> <i>Une activité qui plaît à la personne.</i>	<i>Activités qui faisaient/ont parties des habitudes de vie.</i> <i>Une activité qui a du sens.</i>	<i>Faire appel au bagage professionnel.</i> <i>Activités en rapport avec les habitudes de vie.</i> <i>Des activités qui plaisent.</i>	<i>Faire appel au bagage professionnel.</i> <i>Activités en rapport avec les habitudes de vie.</i> <i>Si elle est significative : « la faire devenir signifiante pour la personne ».</i> <i>Une activité qui a du sens.</i> <i>Augmentation de la participation : « Le patient va pouvoir s'y intégrer de manière beaucoup plus importante ».</i>

Tableau 8 : Activités signifiantes mises en situation – Ergo

Dans la première partie du Tableau 8, se trouvent les activités significantes utilisées en mise en situation. Et dans la deuxième partie, sont énoncées les argumentations pour utiliser les activités significantes en mise en situation.

Les activités significantes citées par les populations cibles, ergothérapeutes et patients confondus, sont présentées dans le diagramme ci-dessous (cf. Figure 7).

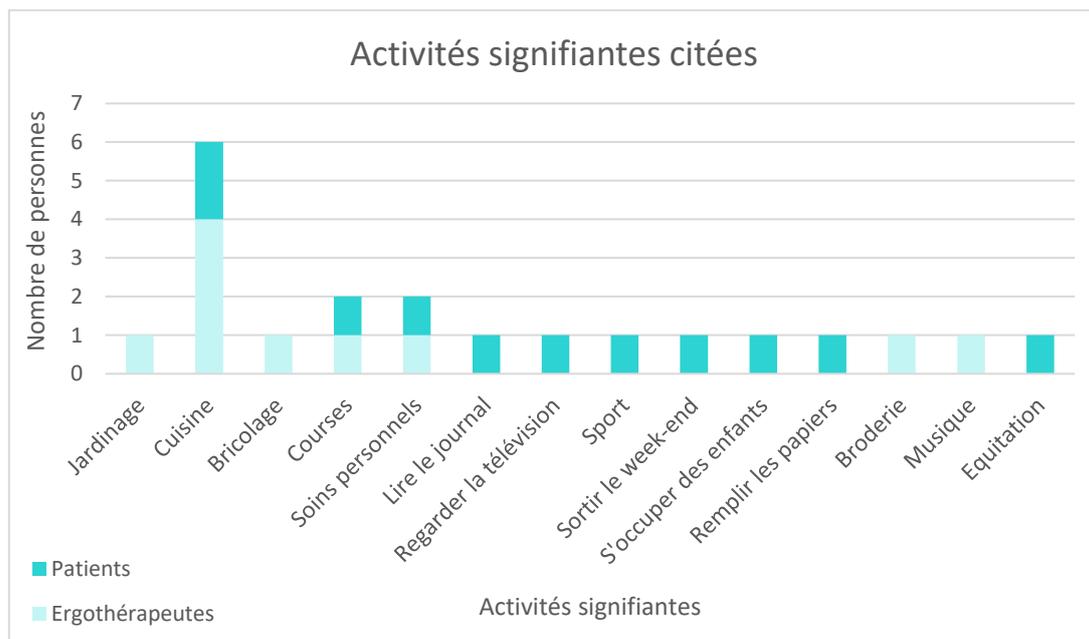


Figure 7 : Activités significantes citées

L'activité cuisine est significativement la plus citée en tant qu'activité significative : six personnes sur sept (6/7 dans la Figure 7), mais aussi comme activité la plus utilisée en tant que mise en situation (6/7 dans la Figure 8). Ensuite il y a l'activité courses citée comme significative (2/7 dans la Figure 7) et comme mise en situation (5/7 dans la Figure 8).

D'après ces résultats, les autres activités significantes ne sont citées que par une personne sur sept (cf. Figure 7). Cela peut conforter le fait que les activités significantes sont propres à chaque individu.

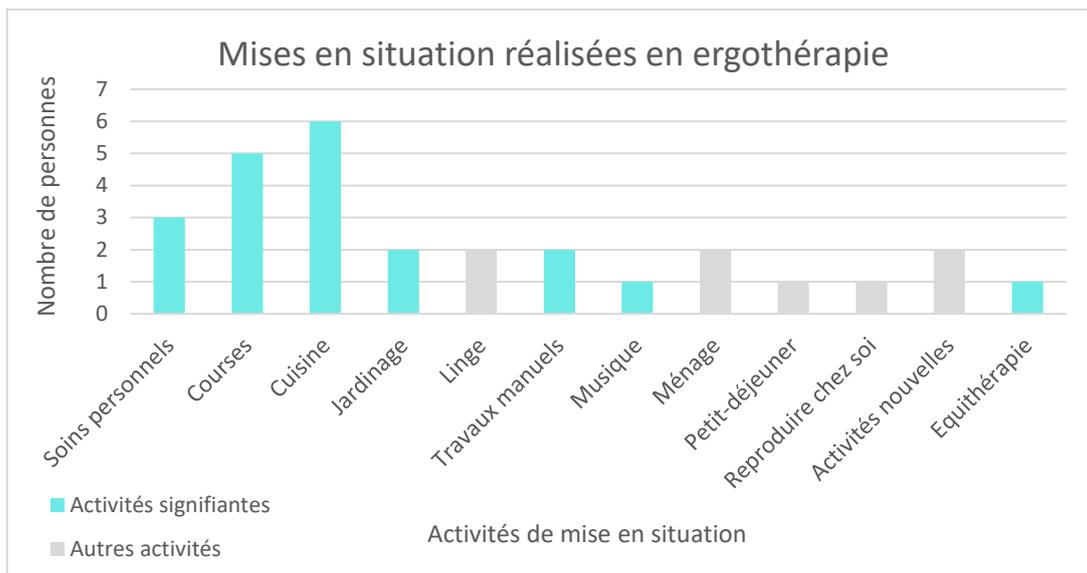


Figure 8 : Mises en situation réalisées en ergothérapie

Les autres activités significantes citées en Figure 7 et utilisées en mises en situation sont les soins personnels notamment la toilette (3/7), le jardinage (2/7), les travaux manuels dont le bricolage (1/7), la musique (1/7) et l'équithérapie (1/7) (cf. Figure 8). Donc les loisirs sont aussi pris en considération. Cela peut montrer, dans le cadre de cette enquête, que les ergothérapeutes prennent en compte les activités significantes de chaque patient pour mettre en place une prise en charge individualisée.

Par la suite, il convient d'apprécier les argumentations émises par les ergothérapeutes par rapport à l'utilisation d'activités significantes dans les mises en situation.

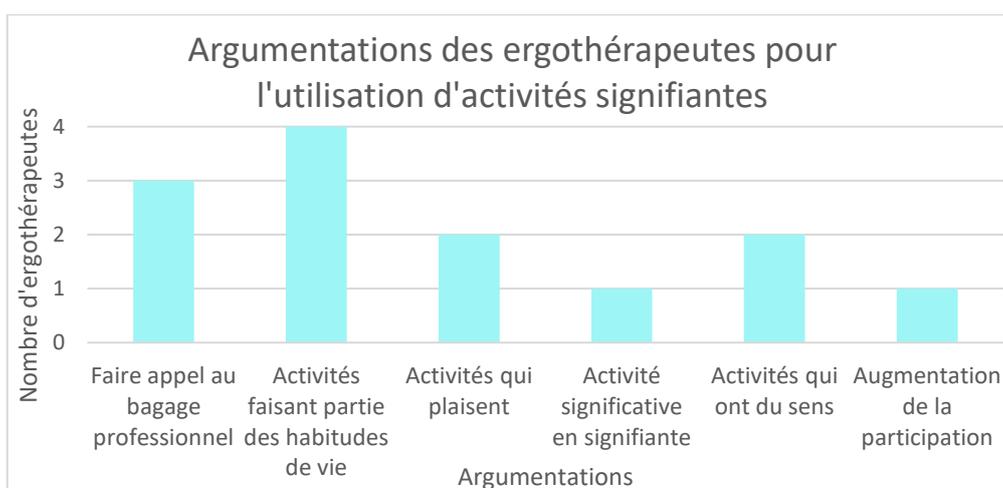


Figure 9 : Argumentations des ergothérapeutes pour l'utilisation d'activités significantes

D'après la Figure 9, l'utilisation des activités significatives faisant partie des habitudes de vie est le plus souvent évoquée (4/4). L'argumentation suivante est de faire appel au bagage professionnel de la personne (3/4), c'est-à-dire aux activités liées au métier de chacun. D'après les ergothérapeutes cela mobilise notamment les habilités antérieures des personnes (données relevées d'après les entretiens menés).

Enfin, les ergothérapeutes ajoutent à leur justification le fait de mettre en place des activités qui plaisent avant tout aux patients (2/4). Aussi des activités qui ont du sens pour eux (2/4), ce qui est la définition même d'une activité significative. Puis l'Ergo 4 énonce que : si l'activité est significative, il est intéressant de la rendre significative pour la personne car la mise en situation d'une activité significative peut contribuer à l'augmentation de sa participation (cf. Tableau 8).

c. Capacité, performance et participation

Il est nécessaire d'aborder à présent la notion de participation.

Dans les entretiens auprès des ergothérapeutes, tout comme dans ceux auprès des adultes traumatisés crâniens, le vocabulaire relatif à l'implication a été relevé. L'implication des personnes vis-à-vis des activités de mises en situation et dans la réalisation des activités quotidiennes est effectivement présente (cf. Tableau 9 et Tableau 10).

Après cela, les éléments facilitateurs de la participation sont démontrés ici à travers les entretiens auprès des ergothérapeutes et ceux auprès des adultes traumatisés crâniens (cf. Tableau 9 et Tableau 10). Ces facteurs favorisant ont été rassemblés dans un diagramme (cf. Figure 10).

Thème : Participation				
Question : Dans quelles activités repérez-vous que l'implication de la personne est plus forte ?		Sous-objectif : Vérifier l'impact des mises en situation signifiantes sur la participation des personnes en vie quotidienne.		
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Réponses : Vocabulaire utilisé relatif à l'implication	« On n'a pas du tout bataillé », « particulièrement », « on n'a rien eu à dire », « on n'a pas du tout été obligé de forcer ».	« Dans les activités qui leur plaisent », « il faut que ça ait du sens pour eux ».	« De manière spontanée », « ont une implication là-dedans », « dans leurs priorités ».	« La volonté », « l'enthousiasme », « réinvestir », « participation ».
Réponses : Éléments facilitateurs /utilisation d'un vocabulaire positif et/ou de l'implication	Activités signifiantes. En commençant ensemble l'activité. La progression dans les activités. Dépend aussi de l'implication des familles. Après la réunion du Plan Interdisciplinaire d'Intervention Individualisée (P3I) en présence du patient et de la famille.	Activités signifiantes. Les habitudes de vie.	Activités signifiantes. L'activité cuisine. Bricolage. Reproduire chez soi. L'utilisation de la MCRO (Mesure Canadienne du Rendement Occupationnel).	Activités signifiantes. Activités significatives. Les activités courantes, les habitudes de vie.

Tableau 9 : Participation – Ergo

Thème : Participation			
Question : Quelle est votre implication par rapport à ces mises en situation ? Et quelles sont vos attentes ?		Sous-objectif : Evaluer l'implication de la personne par rapport aux mises en situation.	
Population	Adulte TC 1	Adulte TC 2	Adulte TC 3
Réponses : Vocabulaire utilisé relatif à l'implication	« Je me sens impliqué », « ça m'a fait plaisir », « ça me motive de travailler ça en ergothérapie ».	« J'étais forcément investi ».	« Ça booste ».
Réponses : Éléments facilitateurs /utilisation d'un vocabulaire positif	Les activités utilisées en général en ergothérapie. Les habitudes de vie. L'activité cuisine. Reproduire chez soi. « Ça m'aide à être plus autonome au quotidien ».	Les activités utilisées en général en ergothérapie. L'activité cuisine. Activités qui ont du sens. La progression dans les activités. « Réussir ».	Les activités utilisées en général en ergothérapie. La pluridisciplinarité : « que ce soit en kiné. Que ce soit en ergothérapie. Soit en orthophonie », « avec des gens qui étaient à l'écoute ».

Tableau 10 : Participation – Adultes TC

Dans les deux tableaux précédents (cf. Tableau 9 et Tableau 10), certains éléments facilitateurs de la participation reviennent à plusieurs reprises. Ces facteurs favorisant sont illustrés dans le diagramme ci-dessous (cf. Figure 10).

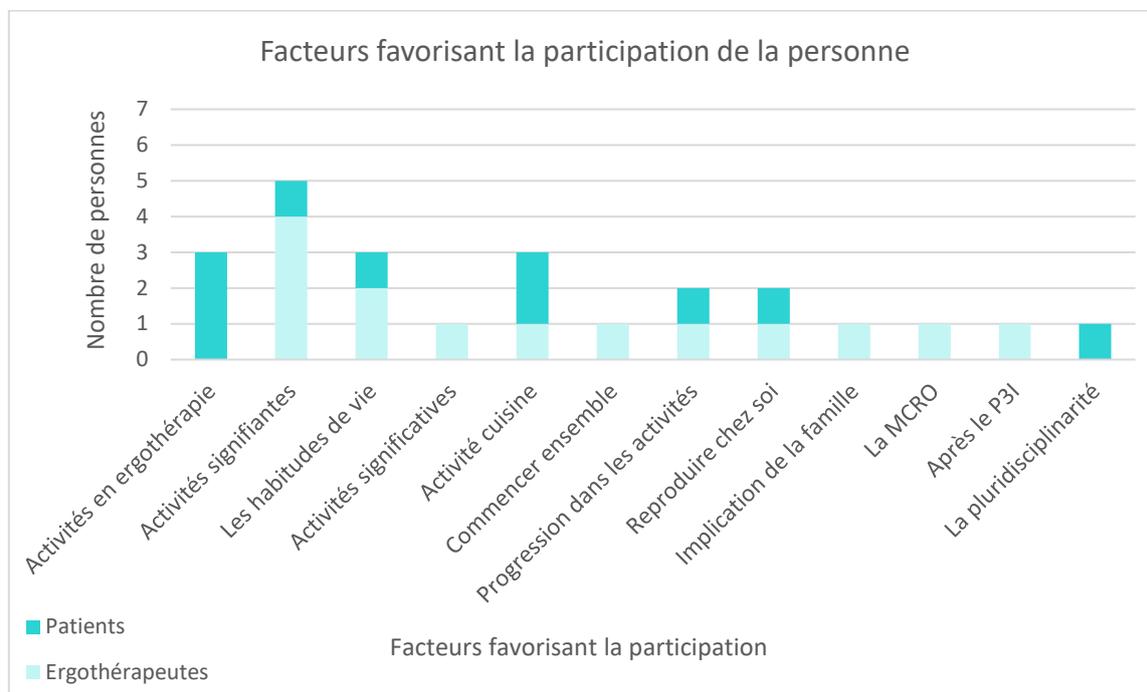


Figure 10 : Facteurs favorisant la participation de la personne

Il est ainsi démontré que les mises en situation d'activités significantes constituent, pour cette enquête, le facteur le plus favorisant de la participation (5/7). Viennent ensuite les activités en rapport avec les habitudes de vie (3/7) et l'activité cuisine (3/7).

Puis tous les adultes traumatisés crâniens suggèrent les activités proposées en général en ergothérapie (3 adultes TC sur 3 et donc 3 personnes sur 7). Ainsi, dans les facteurs favorisant la participation, sont affirmés : la mise en place d'une progression dans les activités (2/7), le fait de reproduire les activités chez soi (2/7), commencer l'activité ensemble, c'est-à-dire l'ergothérapeute et le patient (1/7) et les activités significatives (1/7). Cette participation dépend aussi de l'implication des familles (1/7). Tous ces facteurs rentrent dans la prise en charge avec application de mises en situation en ergothérapie. S'ajoute aussi l'utilisation de la MCRO (1/7) ou du P3I (1/7), mais aussi l'intervention en pluridisciplinarité (1/7) des différents professionnels de rééducation (cf. Tableau 9) qui tient compte d'une prise en charge plus globale.

Ensuite pour vérifier que les mises en situation ont un impact sur la réalisation des activités de la vie quotidienne, les éléments recueillis sont la relation et/ou la différence entre la capacité et la performance. Pour cela, l'utilisation d'un vocabulaire négatif ou relatif à des difficultés, ou encore d'un champ lexical en lien avec l'évolution ont été mis en évidence (cf. Tableau 11 et Tableau 12).

Thème : Capacité et performance			
Question : Quelles sont actuellement vos capacités à réaliser ces activités en mise en situation ? Et dans votre vie quotidienne ?		Sous-objectif : Vérifier l'impact des mises en situation sur la capacité et la performance.	
Population	Adulte TC 1	Adulte TC 2	Adulte TC 3
Réponses : Difficultés- Incapacités /utilisation d'un vocabulaire négatif	<i>Aide ménagère pour les courses et le ménage.</i> <i>Difficultés encore pour se repérer sur des chemins inhabituels.</i> <i>Ne conduit plus, vient en hôpital de jour en taxi.</i>	<i>« Ce qui a le plus de difficulté pour moi c'est de garder la concentration [...] de gérer la fatigue aussi ».</i> <i>Perdre le cours de sa pensée : « c'est beaucoup lié à la fatigue », « c'est vrai que ça m'arrive en cours de phrase [...] d'oublier la finalité de mon enchaînement ».</i> <i>« J'ai des problèmes d'organisation encore »</i>	<i>« Beaucoup de fatigue. La fatigabilité ».</i> <i>« Encore quelques ptis soucis de mémoire ».</i>
Réponses : Champ lexical de la capacité /l'évolution/la progression/ l'amélioration	<i>Suivre un trajet habituel.</i> <i>Respecter un planning défini.</i> <i>Faire la cuisine : « j'y arrive seul ».</i>	<i>Arrive à « percuter » plus rapidement les choses.</i> <i>« retrouver des automatismes ».</i> <i>Arriver à l'heure au travail, être ponctuel pour les rendez-vous.</i> <i>Faire la cuisine : « je faisais beaucoup de cuisine. J'en fait encore beaucoup ».</i>	<i>« C'est ce qui m'a aidé à me remettre debout aussi rapidement et aussi bien ».</i>

Tableau 11 : Capacité et performance – Adultes TC

Thème : Capacité et performance				
Question : Selon vous, qu'est-ce que les mises en situation apportent à la personne dans ses activités de la vie quotidienne ?		Sous-objectif : Vérifier que les mises en situation ont un impact pour la personne sur la réalisation des activités de la vie quotidienne (sur leur capacité et leur performance).		
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Réponses : Difficultés- Incapacités /utilisation d'un vocabulaire négatif	<i>Difficultés à faire les courses (repérer les choses dans un rayon, s'orienter).</i> <i>Troubles de l'orientation dans les situations nouvelles.</i> <i>Difficulté à planifier la vie quotidienne.</i> <i>Incapacité à conduire (automobile).</i> <i>Incapacité à gérer les imprévus.</i>	<i>Difficultés de concentration.</i>	<i>La perte d'initiative.</i>	<i>Troubles de la concentration.</i> <i>Fatigabilité, cela majore aussi les difficultés à rassembler ses idées, la mémoire.</i>
Réponses : Champ lexical de la capacité /l'évolution/la progression/ l'amélioration	<i>« Dans les activités on sent que ça, ça percute plus vite »</i> <i>Faire « les choses automatiquement ».</i> <i>Se réchauffer un plat et participer à la confection des repas.</i> <i>Faire le ménage.</i> <i>Respecter un planning.</i> <i>Ponctualité respectée en séance, puis pour les rendez-vous.</i> <i>Suivre un trajet habituel.</i>	<i>Retrouver les habitudes de vie.</i> <i>Plus autonome.</i> <i>Faire la cuisine.</i>	<i>Gérer la vaisselle : mettre la table et faire la vaisselle.</i>	<i>« S'en servir de base pour redonner des repères dans ses activités »</i>

Tableau 12 : Capacité et performance – Ergo

Tout d'abord, pour l'analyse de ces résultats, les données relevant des difficultés encore présentes au quotidien, apportées par les ergothérapeutes et les patients, ont été croisées dans le digramme qui suit (cf. Figure 11).

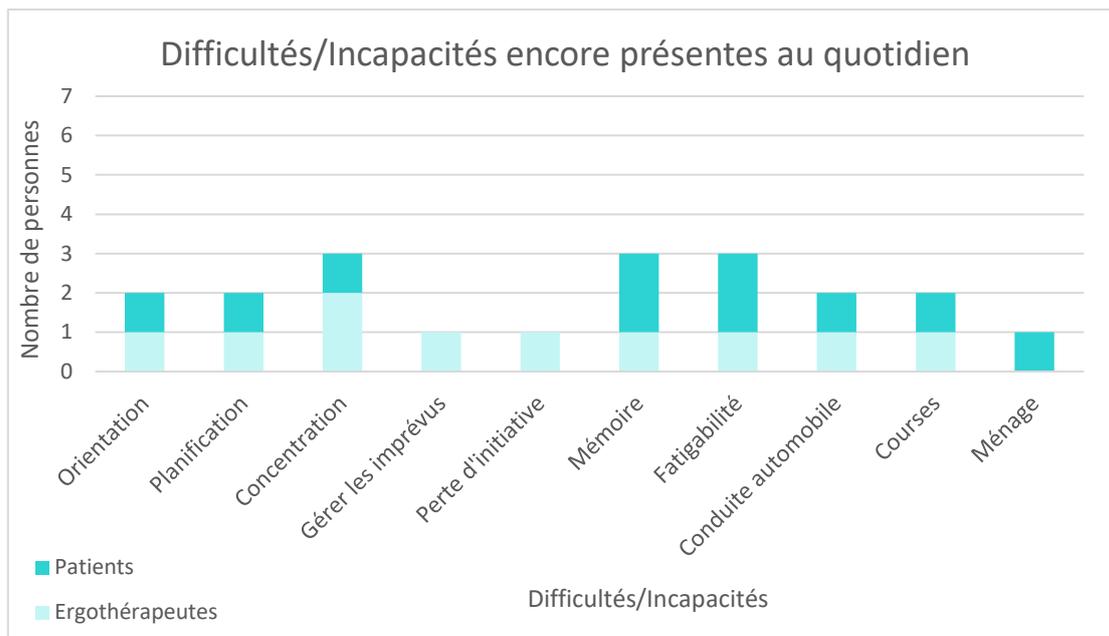


Figure 11 : Incapacités encore présentes au quotidien

Par rapport aux résultats de l'enquête, les troubles de la concentration (3/7) et la fatigabilité (3/7) constituent les difficultés les plus présentes encore au quotidien. Puis des troubles de la planification (2/7) et de la mémoire (3/7) notamment avec des difficultés à retrouver le cours de sa pensée lors d'une conversation (cf. Tableau 11 et Tableau 12). La plupart du temps, ces troubles de la mémoire sont majorés par une fatigabilité. Dans cette étude, persistent aussi parfois une perte d'initiative (1/7) et des difficultés à gérer les imprévus (1/7).

Au niveau des activités de vie quotidienne posant difficultés, il y a les troubles d'orientation sur de nouveaux trajets (2/7), pour la reprise de la conduite automobile (2/7), les courses (2/7) au niveau de l'orientation et pour repérer les choses (cf. Tableau 12) et le ménage (1/7). Ces activités citées se retrouvent en effet dans le sixième domaine de la CIF au regard des tâches complexes domestiques de la vie quotidienne et dans le quatrième domaine relatif à la mobilité.

Dans le cadre de cette enquête exploratoire, il existe donc des difficultés restantes en corrélation avec des troubles fonctionnels, qui affectent encore certaines activités complexes de la vie quotidienne.

Puis pour ce qui est des évolutions constatées (cf. Figure 12), cela concerne la progression dans la réalisation des activités réalisées en mises en situation, puis dans l'environnement réel de la personne. Ainsi, d'un point de vue global, il y a une amélioration dans le respect d'un planning (3/7), être ponctuel (2/7), faire les choses avec plus d'automatisme (3/7), suivre un trajet stéréotypé et habituel (2/7), la compréhension (d'une conversation, de consignes, d'une activité) (2/7) et le réinvestissement et la prises de repères (1/7).

Au niveau des activités il y a un essentiel progrès pour la cuisine (4/7) à l'échelle de chacun : se réchauffer un repas, participer à l'élaboration des repas, réaliser seul (cf. Tableau 11 et 12). Aussi pour mettre la table et faire la vaisselle (1/7) et faire le ménage (1/7).

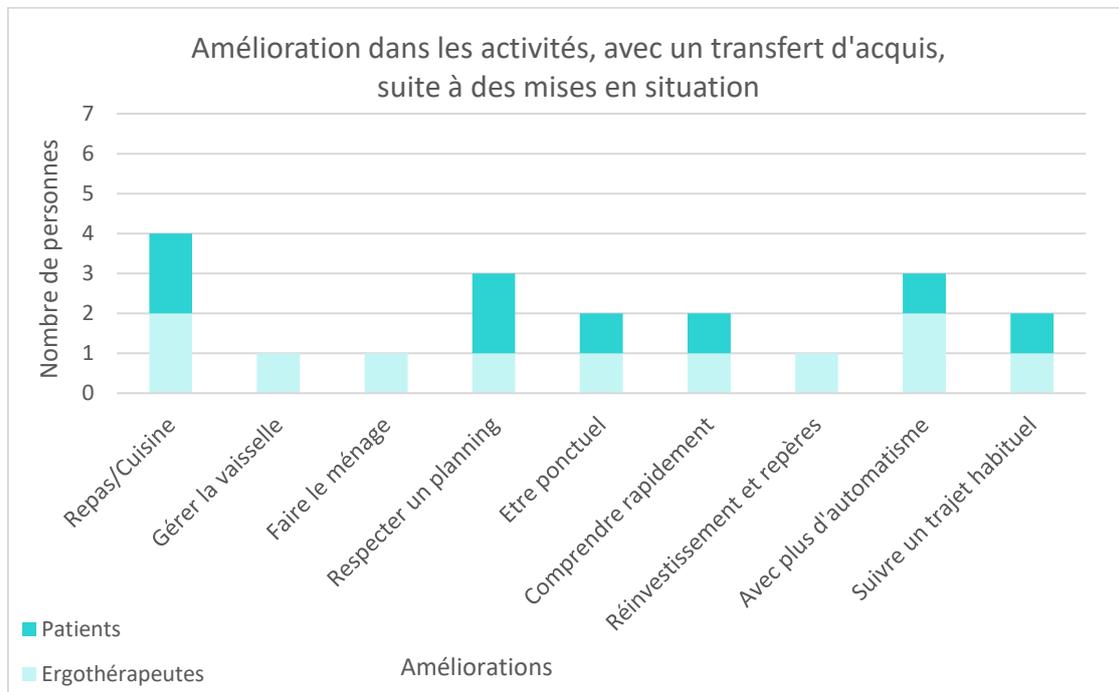


Figure 12 : Amélioration dans les activités, avec un transfert d'acquis, suite à des mises en situation

Au vu de cette enquête, il y a tout de même une progression dans l'activité cuisine (4/7 dans la Figure 12) qui se compose tout de même de tâches complexes. Il est à noter que l'activité cuisine est une activité signifiante utilisée en mise en situation.

En faisant le lien avec les mises en situation signifiantes citées en entretiens (cf. Figure 8), les activités cuisine et ménage prédominent. Il existe des difficultés pour les courses (2/7 dans la Figure 11), mais cette évolution est propre à chacun et dépend des habitudes antérieures et des capacités actuelles d'orientation des personnes (selon les propos des entretiens de cette étude).

Enfin, pour les évolutions de la performance dans les activités de la vie quotidienne, il s'agit ici d'activités réalisées en mises en situation puis en milieu de vie habituel, pour lesquelles les personnes interrogées parlent de généralisation et de transfert d'acquis.

d. Transfert d'acquis

Dans un premier temps, il convient de vérifier si la notion du transfert d'acquis est à peu près la même pour chaque ergothérapeute interrogé, aussi par rapport à celle spécifiée dans la partie théorique de cette démarche de recherche. Voici ci-dessous la définition du transfert des acquis par chacun des ergothérapeutes (cf. Tableau 13).

Thème : Transfert d'acquis				
Question : Comment définiriez-vous la notion de transfert des acquis ? Comment évaluez-vous le transfert des acquis ?		Sous-objectif : Vérifier si la notion de transfert d'acquis de l'ergothérapeute correspond à celle de l'enquête.		
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Réponses : Définitions	« Ce que la personne arrive à faire en rééducation dans un cadre donné, qu'elle soit capable de le refaire chez elle. »	« Le fait que la personne va réussir à transférer ce qu'elle fait [...] en rééducation chez elle. D'abord elle en fait une partie chez elle [...] de reproduire ce qu'elle a réussi à faire ici [en rééducation] à son domicile ou autre. »	« Le passage de qu'on fait en structure... à ce que les gens font dans leur chambre à l'hôpital, ce qui est déjà une première étape, et ensuite à la maison, que ce soit le week-end ou après la sortie ». »	« A partir du moment où dans une activité autre, le patient va être capable de [...] faire référence à une organisation, à une planification [...] a posteriori, [...] à partir du moment où ça va lui permettre [...] d'analyser ses capacités de réajustement par rapport à une situation ». »
Réponses : Evaluation	Par des mises en situation.	En observant en mise en situation. En discutant sur ce que les personnes ont pu réaliser chez elles.	Avec les « devoirs du week-end » : réalisation d'activités au domicile.	Discuter en interdisciplinarité. Evaluer la capacité d'analyse de la situation par la personne. Avec une activité complètement différente : « pour voir s'il y a un transfert de méthodologie ». »

Tableau 13 : Transfert d'acquis – Ergo

En effet, les définitions se concordent : il y a l'idée pour tous d'une généralisation entre ce qui est fait en rééducation et les activités effectuées en milieu de vie réel et habituel (cf. Tableau 13).

Dans un deuxième temps, il est aussi pertinent de savoir comment les ergothérapeutes évaluent le transfert des acquis. Les informations recueillies (cf. Tableau 13) sont mises en commun dans le diagramme suivant (cf. Figure 13).

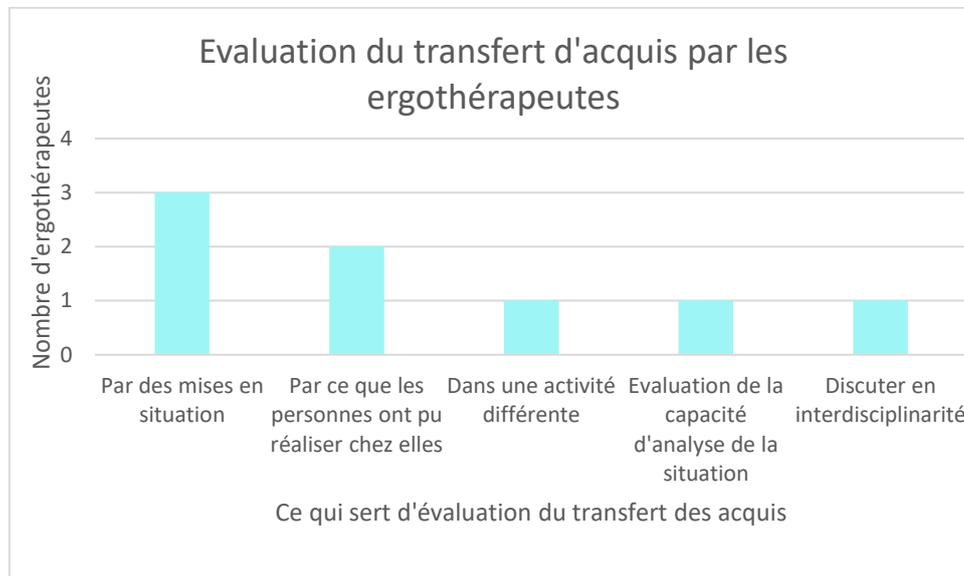


Figure 13 : Evaluation du transfert des acquis par les ergothérapeutes

Plusieurs manières d'évaluer le transfert des acquis sont alors exprimées. Le transfert des acquis est majoritairement évalué via des mises en situation (3/4). Mais il peut aussi s'évaluer par ce que les personnes ont pu réaliser dans leur milieu de vie habituel (2/4). En effet l'Ergo 2 discute avec les personnes (le plus souvent en hospitalisation de jour) sur les activités qu'elles ont pu faire chez elles (cf. Tableau 13). Et l'Ergo 3 met en place des « *devoirs du week-end* » (cf. Tableau 13) : l'ergothérapeute et la personne voient au préalable ensemble ce que pourra faire la personne chez elle, puis ils vérifient au retour de permission du week-end ce qui a été mis en place.

D'autres façons sont présentées : par le biais d'une activité différente (1/4) pour vérifier le transfert d'acquis (cf. Tableau 13), évaluer la capacité d'analyse de la situation par la personne (1/4) qui pourra faire des réajustements par la suite (cf. Tableau 13) et discuter en interdisciplinarité (1/4) sur les évolutions, les adaptations faites par la personne dans d'autres activités (d'après les propos en entretien de l'Ergo 4).

Pour compléter ces informations, il est utile de se renseigner sur les éléments ayant un impact sur le transfert des acquis. D'après l'enquête, les éléments cités en entretien ont un impact positif sur le transfert d'acquis. Ils facilitent ainsi le transfert d'acquis.

Thème : Mises en situation et transfert d'acquis				
Question : Quels sont, selon vous, les éléments qui ont un impact sur le transfert d'acquis, dans une prise en charge auprès d'adultes traumatisés crâniens ?			Sous-objectif : Analyser les éléments qui favorisent le transfert des acquis.	
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Réponses	<i>Réaliser des activités en rééducation : étendre le linge, faire le lit, cuisine.</i>	<i>Travailler les activités de la vie quotidienne en mises en situation : activités courses, cuisine.</i> <i>Cibler sur les fonctions cognitives atteintes.</i>	<i>Par des activités qui plaisent aux patients qu'ils connaissent, auxquelles ils étaient habitués.</i> <i>Par des activités nouvelles : « qui demandent une capacité d'apprentissage ».</i> <i>Par des activités manuelles.</i>	<i>Par des mises en situations significantes.</i> <i>Prendre en compte le milieu de vie antérieur de la personne, de ses habitudes.</i> <i>Se rapprocher des mises en situation professionnelles.</i>

Tableau 14 : Facteurs favorisant le transfert d'acquis – Ergo

Les éléments favorisant relevés en entretiens sont présentés dans le Tableau 14 ci-dessus et mis en corrélation sous forme de diagramme en Figure 14.

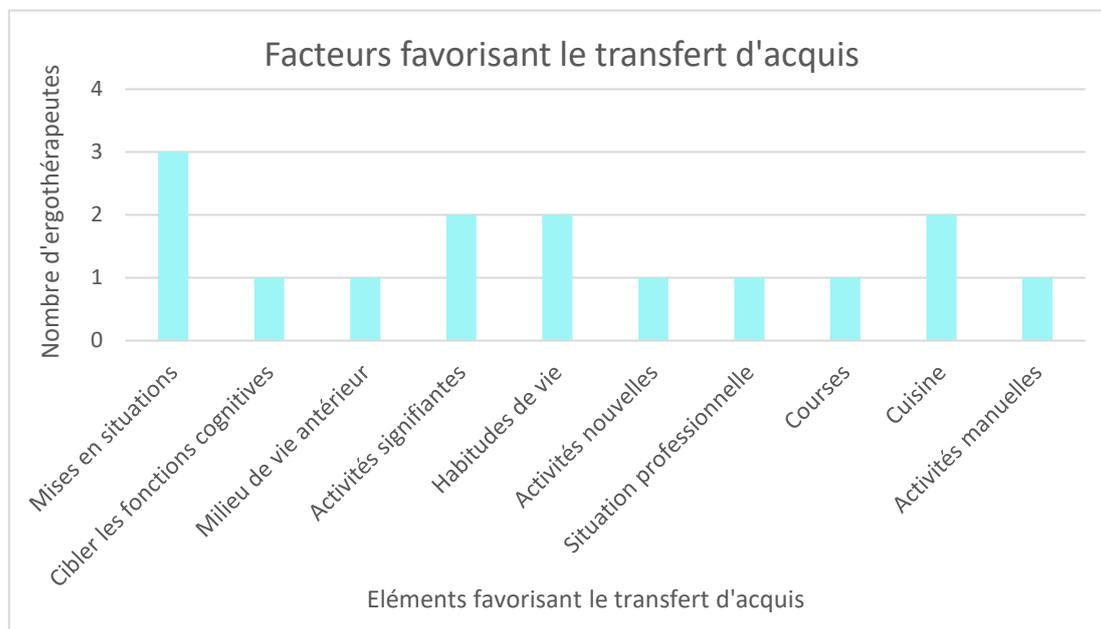


Figure 14 : Facteurs favorisant le transfert d'acquis

Tout en restant dans le contexte de cette démarche de recherche, les principaux facteurs favorisant le transfert d'acquis sont les mises en situation (3/4 dans la Figure 14). Dans ces mises en situation, les éléments favorisant le transfert d'acquis sont les activités significantes (2/4), prendre en compte les

habitudes de vie (2/4), l'activité cuisine (2/4). D'autres activités encore comme : étendre le linge, faire le lit (cf. Tableau14), les courses (1/4) et les activités manuelles (1/4).

Les autres facteurs contribuant au transfert d'acquis en vie quotidienne sont : cibler sur les fonctions cognitives atteintes (1/4), prendre en compte le milieu de vie antérieur (1/4) et donc l'environnement habituel de la personne, proposer des activités nouvelles (1/4) ce qui mobiliserait la généralisation et l'adaptation aux situations, et se rapprocher de mises en situation professionnelles (1/4). Par rapport aux résultats, l'environnement est donc un élément sur lequel l'ergothérapeute peut s'appuyer pour ajuster les mises en situation et adapter les prises en charge.

Du côté des patients, des stratégies ont été mises en place, suite aux mises en situation en ergothérapie (cf. Tableau 15).

Thème : Transfert d'acquis			
Question : Quelles stratégies, vues en mises en situation, mettez-vous en place dans vos activités de tous les jours ?	Sous-objectif : Vérifier que la personne applique un transfert des acquis dans leurs activités de la vie quotidienne, suite aux mises en situation.		
Population	Adulte TC 1	Adulte TC 2	Adulte TC 3
Réponses	<i>Pour la cuisine : « j'ai vu avec l'ergothérapeute de bien faire par étape. Et au fur et à mesure, bah ça va maintenant ».</i>	<i>« il me faut plus de étapes, que je prépare un peu plus [...] 'faut qu'j'me projette l'action que je vais faire pour réussir à la préparer ».</i> <i>Pour les rendez-vous et problèmes de mémoire : « il me fallait mon téléphone portable pour noter tous mes rendez-vous... J'me faisais des alarmes », « Bon... maintenant ça... ça rentre dans l'ordre », « petit à petit j'essaie de pas trop m'appuyer des aides que je me suis mis ».</i>	<i>« Tout réapprendre et répéter les choses ».</i> <i>« Prendre le temps de faire les choses et de les faire correctement. [...] et vérifier plusieurs fois. Pour être sûr d'avoir fait correctement ce que j'avais à faire ».</i> <i>« En général je fais toujours une liste pour savoir ce que j'ai de, de choses importantes à faire ».</i>

Tableau 15 : Stratégies – Adultes TC

Le sous-objectif ici est de vérifier que la personne applique un transfert des acquis dans ses activités de la vie quotidienne, suite aux mises en situation.

D'après les résultats (cf. Figure 15), deux stratégies se démarquent : réaliser les activités en séquençant par étapes (2/3) et anticiper les actions, les tâches en se projetant ou s'organisant au préalable (2/3).

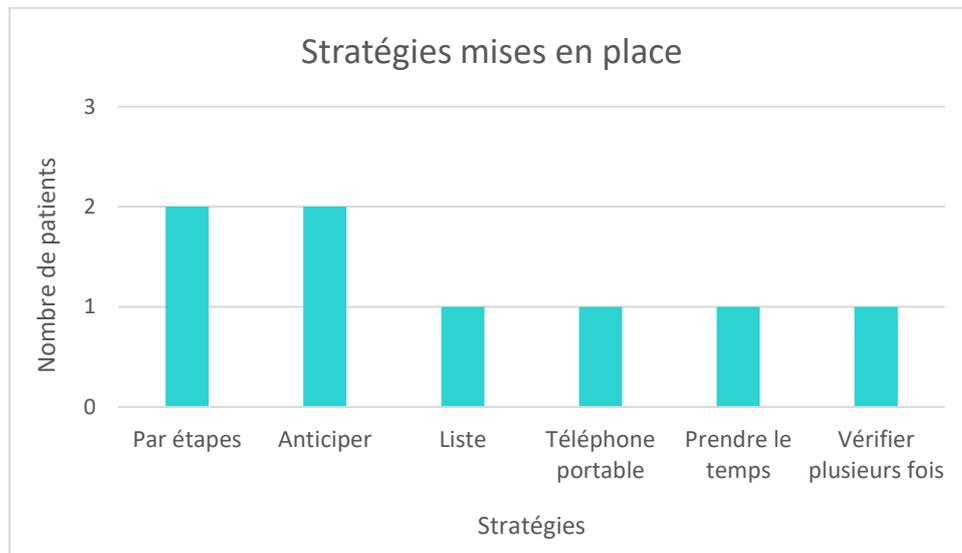


Figure 15 : Stratégies mises en place

Puis les autres stratégies mises en place sont de se remémorer les événements importants par liste (1/3) ou en utilisant les fonctions d'agenda et d'alarmes du téléphone portable (1/3). Il y a aussi le fait de prendre le temps à réaliser les activités (1/3), notamment par rapport à l'état antérieur à l'accident des personnes, mais aussi pour pouvoir effectuer sans trop d'erreurs les actions. Et s'ajoute à cela plusieurs vérifications (1/3) des tâches réalisées.

D'après cette étude, les personnes traumatisées crâniennes trouvent et mettent en place des stratégies dans leur vie quotidienne et adapte celles-ci à leur environnement. Un transfert d'acquis est donc effectif.

Enfin, dans les résultats apparaissent l'importance d'une prise en charge pluridisciplinaire (cf. Figure 10 et Figure 13) et de la participation de la famille (cf. Tableau 5 et Figure 10). Il s'agit d'un thème qui émerge lors des entretiens : le thème de la collaboration interprofessionnelle et la participation de l'entourage, pour assurer la prise en charge globale de la personne ayant eu un traumatisme crânien.

e. Autres thèmes émergents

Effectivement, certains thèmes se distinguent dans les entretiens menés : la collaboration interprofessionnelle et la participation de l'entourage, les limites des mises en situation et les orientations de suivi.

Collaboration interprofessionnelle et participation de l'entourage

Thème : Autres thèmes émergents				
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Thème : Collaboration interprofessionnelle	<p>« La prise en charge d'un patient traumatisé crânien, c'est un énorme travail dans le service avec les aides-soignantes, les infirmières, le médecin [...] kiné [...] l'assistante sociale, la psychologue... la socio-esthéticienne ».</p> <p>« Toujours en équipe ».</p> <p>« L'activité pâtisserie a été faite avec l'orthophoniste ».</p> <p>« Il est hyper important le travail avec l'ortho ».</p>	<p>« Nous travaillons essentiellement avec les kinés, [...] la neuropsychologie, les orthophonistes [...] les infirmiers et les aides-soignantes, et le médecin de rééducation [...] les APA⁷ aussi ».</p> <p>« En collaboration avec les collègues ».</p>	<p>« Kiné, orthophoniste, neuropsychologue [...] elle peut intervenir pour des bilans. [...] médecin, infirmières, aides-soignantes ».</p> <p>« Plus tous les services d'intervention de, à domicile. Ou pour le suivi des traumatisés crâniens ».</p> <p>« Associations [...] qui font des interventions aussi dans cet hôpital ».</p> <p>Travail avec les équipes soignantes pour le programme « comme à la maison ».</p>	<p>« De manière institutionnelle lors de réunion avec les médecins qui sont hebdomadaires », « de manière informelle et... quasi quotidienne avec les kinés, les orthophonistes et éventuellement la psychologue [...] des assistantes sociales, des diététiciennes ».</p> <p>« Discussions avec les kinés et les orthophonistes », « discuter justement en interdisciplinaire avec les autres collègues ».</p>
Thème : Participation de l'entourage	<p>« Réunion avec la famille ».</p> <p>« Comme la famille voit pas les difficultés, [...] Ils sont revenus dessus, ils ont refusé l'orientation » en UEROS⁸.</p>	<p>« Si possible, il faut s'appuyer sur l'entourage aussi ».</p>	<p>« Après tout dépend de l'implication des familles ».</p>	<p>« D'une prise en compte des demandes de la famille ».</p> <p>« La famille n'a pas conscience de la différence qui peut y avoir entre c'qu'était le trauma crânien avant son accident. »</p>

Tableau 16 : Collaboration interprofessionnelle et participation de l'entourage

⁷ Enseignants en Activité Physique Adaptée

⁸ Unité d'Évaluation de Réentraînement et d'Orientation Sociale et Professionnelle

Premièrement, lors de l'entretien auprès des ergothérapeutes une question sur le fonctionnement du service est présente. Celle-ci a permis de savoir avec quels professionnels les ergothérapeutes travaillent pour les prises en charge de personnes traumatisées crâniennes. Donc la première évocation de l'interdisciplinarité est induite par cette question. Cependant, les ergothérapeutes recitent la collaboration pluridisciplinaire dans la suite des entretiens (cf. Tableau 16). L'importance du travail avec l'orthophoniste apparaît notamment pour ce genre de prise en charge (2 ergothérapeutes sur 4 l'expriment). De plus, au niveau des entretiens auprès des patients, l'Adulte TC 3 insiste sur la primordialité de l'intervention de l'orthophoniste : « *c'est grâce à l'orthophoniste que j'ai pu passer en rééducation* » (propos tirés de l'entretien avec l'Adulte TC 3).

Deuxièmement, la contribution de la famille vient compléter la prise en charge des personnes traumatisées crâniennes. Quatre ergothérapeutes sur quatre spécifient ce point.

Cependant, certaines familles n'évaluent pas forcément tous les changements, notamment comportementaux, dont la personne traumatisée crânienne peut être sujette (1 ergothérapeute sur 4). L'Adulte TC 2 énonce aussi cette particularité : « *c'est mon sentiment là-dessus, la famille est peut-être pas assez préparée* » (propos tirés de l'entretien avec l'Adulte TC 2).

Aussi, les familles peuvent ne pas se rendre compte des difficultés encore présentes chez la personne traumatisée crânienne (1 ergothérapeute sur 4 aborde ce sujet) et cela peut entraver certaines étapes de prise en charge, comme par exemple ici l'orientation en UEROS (cf. Tableau 16).

Limites des mises en situation

De plus, la pratique de mises en situation en ergothérapie rencontre certaines limites. Celles-ci sont principalement des limites institutionnelles. Effectivement, quatre ergothérapeutes sur quatre le mentionnent (cf. Tableau 17) : défaut de temps (3 ergothérapeutes sur 4), manque de disponibilité (2/4), budget à respecter (2/4) et réorganisation du service avec réduction d'activités (1/4). D'après ces données supplémentaires d'enquête, le contexte institutionnel est donc une composante environnementale sur laquelle il faut faire attention pour proposer des mises en situation.

Les ergothérapeutes sont confrontés aussi des limites personnelles : les connaissances et habilités qu'ils détiennent ou pas pour certaines activités. L'Ergo 4 prend comme exemple la pratique d'un instrument de musique : ceci constitue une activité signifiante pour un patient et est intéressante à mettre en situation d'après l'ergothérapeute. Ce dernier dit ne pas avoir les savoirs de base pour accompagner la personne vers cette possibilité de prise en charge. Il trouve cependant une alternative en proposant cette activité au patient auprès d'une collègue ergothérapeute sachant jouer d'un instrument de musique.

Thème : Autres thèmes émergents				
Population	Ergo 1	Ergo 2	Ergo 3	Ergo 4
Thème : Les limites des mises en situation	<i>« C'est l'orthophoniste qui a pris le relai parce que à ce moment-là au terme de temps et de disponibilité ça se présentait comme ça. Moi j'ai suivi de loin. Mais ça a été... l'activité cuisine a plutôt été un travail d'orthophonie que d'ergo à ce moment-là ».</i>	<i>« Pour toutes des activités il faut respecter un certain budget ».</i>	<i>« Mais ça prend du temps. C'est compliqué d'avoir deux patients à la même heure quand on fait de l'occupationnel, ça c'est le seul bémol ».</i>	<i>« Depuis quelques temps on nous pousse à recentrer, à réduire nos activités ».</i> <i>« La mesure du possible va être pondérée par le nombre de prise en charge qu'on a à faire. La présence ou les vacances de certaines, de certains collègues ».</i> <i>« Ensuite... ça va être limité par les moyens financiers et les moyens en temps du service ».</i> <i>« Les limites c'est... ce que je sais faire et ce que l'établissement permet de faire ».</i>

Tableau 17 : Limites des mises en situation

Donc ces informations complémentaires d'enquête montrent qu'ils existent des limites institutionnelles, mais aussi des limites personnelles, rattachées aux ergothérapeutes, par rapport à l'instauration des mises en situation en service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Orientations de suivi

Pour terminer cette présentation et analyse des résultats, le dernier thème présenté traite des orientations de suivi. Deux ergothérapeutes sur quatre et deux adultes traumatisés crâniens sur trois le spécifient, soit quatre personnes sur sept interrogées. Les suivis cités sont les UEROS concourant à la réinsertion au travail des personnes (2 personnes sur les 4 en parlent), les SAMSAH (1/4), les associations (1/4) et les centres de suivi pour traumatisés crâniens (2/4) (cf. Figure 16).

Thème : Autres thèmes émergents				
Population	Ergo 1	Ergo 3	Adulte TC 2	Adulte TC 3
Thème :	<i>UEROS.</i>	<i>UEROS,</i>	<i>« Depuis ma sortie [...] bah y a pas spécialement de suivi ».</i>	<i>« Après j'ai continué dans le libéral [...] kiné [...] orthophoniste [...] orthoptiste ».</i>
Orientations de suivi		<i>SAMSAH,</i> <i>Associations,</i> <i>Centre de suivi pour traumatisés crâniens.</i>	<i>« Là je vais voir un... un neuropsychologue ».</i> <i>« M'a orienté vers [nom d'un centre de suivi pour traumatisés crâniens] ».</i>	

Tableau 18 : Orientations et suivis

Puis les deux adultes traumatisés crâniens évoquent un suivi en libéral auprès d'un neuropsychologue, d'un kinésithérapeute, d'une orthophoniste et d'un orthoptiste (cf. Tableau 18).

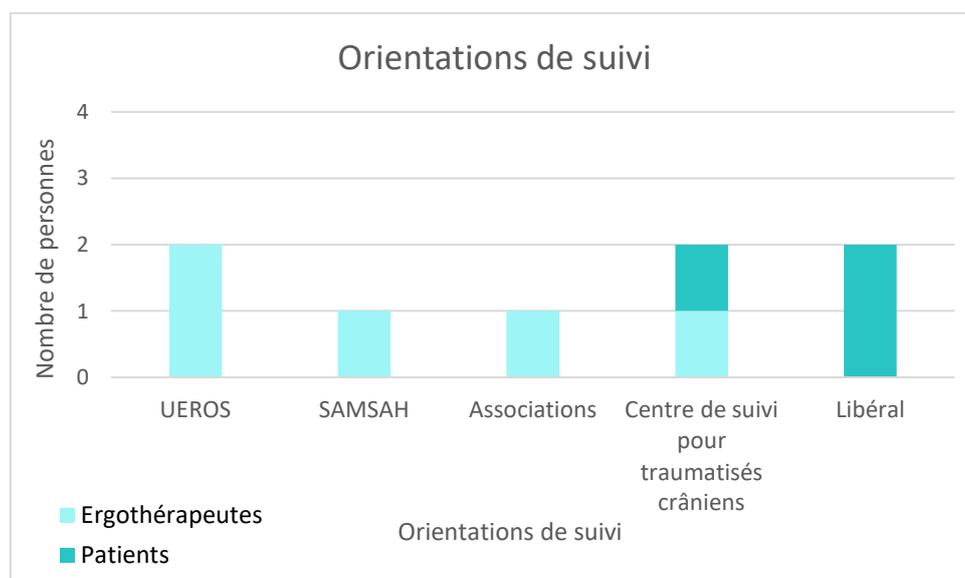


Figure 16 : Orientation/suite de prise en charge

Pour conclure cette partie d'analyse, il convient de rappeler les objectifs principaux de l'enquête exploratoire.

Le premier objectif est d'analyser l'impact des mises en situation d'activités significantes en ergothérapie sur la capacité et la performance d'adultes traumatisés crâniens, dans leurs activités de la vie quotidienne. Les résultats de cette enquête démontrent que le but principal des mises en situation est la réalisation des activités de la vie quotidienne (cf. Figure 6). Et l'activité significative la plus utilisée en mise en situation est l'activité cuisine (cf. Figure 8). De plus, les activités significantes et l'activité cuisine font partie des facteurs favorisant la participation de la personne (cf. Figure 10). Et il y a une progression à réaliser les activités, notamment la cuisine, en mises en situation, dans un milieu normé, et dans le milieu de vie habituel de la personne (cf. Tableau 12).

Donc il semble déjà, d'après les résultats de l'enquête, que ce premier objectif est atteint. Les mises en situation d'activités significantes ont un impact plutôt positif sur la capacité et la performance des patients traumatisés crâniens, dans leurs activités de la vie quotidienne.

Effectivement, les résultats de l'étude montrent qu'un vocabulaire relatif à l'implication est utilisé par les populations cibles (cf. Tableau 9 et Tableau 10), dans le cadre de mises en situation effectuées dans leur prise en charge en ergothérapie. Cette implication est présente aussi pour la réalisation des activités de vie quotidienne en milieu réel. Donc les mises en situation d'activités significantes constituent un facteur favorisant cette participation et le transfert des acquis (cf. Figure 10).

Le deuxième objectif principal de cette enquête est de vérifier que les mises en situation jouent un rôle dans le transfert des acquis chez les adultes traumatisés crâniens ayant un syndrome dysexécutif. D'après ce qu'il a été énoncé précédemment, il apparaît que les mises en situation, plus précisément significantes, collaborent au transfert des acquis en vie quotidienne (cf. Figure 14).

Il semble donc que les résultats ont tendance à se positionner dans le sens de cette démarche exploratoire d'initiation à la recherche. Enfin, pour conforter l'accomplissement de ces objectifs et répondre à l'hypothèse ayant amené à cette étude, il convient de comparer les analyses de cette enquête qualitative avec la littérature.

3. Discussion

a. Comparaison avec la littérature

Pour commencer, l'ergothérapeute propose des mises en situation dans un milieu institutionnel afin d'évaluer les capacités et les besoins de la personne traumatisée crânienne (Dupuis *et al.*, 2015). Dans les résultats d'enquête de ce mémoire, la moitié des ergothérapeutes interrogés (2/4) confirment que les mises en situation en rééducation permettent d'analyser les capacités de la personne (*cf.* Figure 6). En effet, l'ergothérapeute doit pouvoir en déduire par la suite les habilités de la personne à « *affronter les situations de la vie quotidienne de manière performante* » (Mahiant, 2013, p.12). Cela peut expliquer pourquoi un des ergothérapeutes de l'enquête parle de prise de conscience pour le patient des limites réelles afin de l'amener à mettre en place des réajustements (*cf.* Tableau 5 et Figure 6).

Donc cette démarche vise aussi à accompagner l'adulte traumatisé crânien à prendre conscience de ses aptitudes et de ses difficultés (Dupuis *et al.*, 2015). Cela afin qu'il puisse développer des capacités d'analyse pour s'adapter aux situations auxquelles il fait face (Golliot, Abellard et Durampart, 2018). C'est probablement pour cela qu'un ergothérapeute évalue le transfert des acquis en déterminant la capacité de la personne à analyser les situations. Et trois ergothérapeutes sur quatre évaluent le transfert des acquis par des mises en situation (*cf.* Figure 13).

Effectivement, les mises en situation ont pour but d'amplifier la prise de conscience et de faciliter le transfert des acquis vis-à-vis de la performance des activités de la vie quotidienne (Duval, 2007). C'est notamment suite à ce postulat que j'ai voulu vérifier si les mises en situation jouaient un rôle dans le transfert des acquis chez des adultes traumatisés crâniens ayant des troubles des fonctions exécutives. Justement, pratiquement tous les ergothérapeutes (3/4) citent les mises en situation comme facteurs favorisant le transfert des acquis (*cf.* Figure 14). Il s'agit donc d'un résultat plutôt significatif.

De plus, auprès de personnes traumatisées crâniennes ayant des troubles des fonctions exécutives, la moitié des ergothérapeutes de l'enquête (2/4) utilisent des activités nouvelles, en mises en situation (*cf.* Figure 5). Comme le spécifie Philippe Azouvi, professeur en médecine physique et de réadaptation, la mise en place de situations nouvelles permet de limiter les difficultés exécutives qu'un adulte traumatisé crânien peut rencontrer au quotidien (Azouvi, 2015). Ainsi, un ergothérapeute de l'étude (1/4) utilise aussi les activités nouvelles pour estimer le transfert des acquis (*cf.* Figure 13).

Comme autre facteur favorisant le transfert des acquis, un ergothérapeute évoque la prise en compte du milieu de vie antérieur et deux ergothérapeutes sur quatre ajoutent la prise en compte des habitudes de vie (*cf.* Figure 14). Ces données peuvent concorder avec le fait de prendre en considération les facteurs

environnementaux de la personne lors d'un travail de mise en situation. Cela permettant un transfert d'acquis effectif dans les activités de la vie quotidienne (Azouvi *et al.*, 2009).

Puis, trois ergothérapeutes sur quatre montrent que la mise en place d'activités significatives favorise le transfert des acquis. Ce résultat est plutôt caractéristique et peut se joindre avec la littérature : « *Cibler des activités significatives pour la personne donne sens à la rééducation et facilite la pérennisation des acquis dans la vie quotidienne* » (Dupuis *et al.*, 2015, p.10).

Pour compléter ces informations, d'après l'enquête, l'activité cuisine est l'activité qui revient le plus dans les entretiens. C'est la plus utilisée, avec des résultats plutôt significatifs : en tant qu'activité significative (6 personnes sur 7 dans la Figure 7), réalisée comme mise en situation (6/7 dans la Figure 8), facteur favorisant la participation (3/7 dans la Figure 10), activité pour laquelle il y a eu un transfert d'acquis (4/7 dans la Figure 12) et facteur favorisant le transfert des acquis (2/4 dans la Figure 14).

Tout de même, il est nécessaire de révoquer que les activités significatives les plus mentionnées sont les activités cuisine et courses (*cf.* Figure 7). Ces activités sont justement les plus utilisées en tant que mises en situation par les ergothérapeutes (*cf.* Figure 8) ; elles paraissent abordables à mettre en place en institution. Dans le cadre de cette étude, il semble que cela pourrait justifier l'utilisation en prédominance des activités cuisine et courses dans la pratique de l'ergothérapie.

Effectivement, l'activité cuisine est une activité complexe. Cette complexité mobilise ainsi les fonctions exécutives et donne la possibilité aux patients de développer des stratégies et d'adapter leur comportement aux situations présentées. C'est pour cela qu'il semble important de laisser la personne agir en autonomie, tout en l'encadrant (Shallice, Burges 1991 dans Golliot *et al.*, 2018). Dans l'enquête de ce mémoire, deux ergothérapeutes sur quatre expriment : permettre à la personne de réaliser l'activité seule (*cf.* Figure 6).

Comme il a été dit précédemment, les mises en situation vont permettre aux patients de trouver des stratégies et de les mettre en place dans leur vie quotidienne. Les adultes traumatisés crâniens interrogés évoquent la mise en œuvre de stratégies telles que séquencer l'activité par étapes (2 adultes TC sur 3), anticiper les actions (2/3) en faisant une liste ou en s'aidant d'un agenda par exemple (*cf.* Tableau 15 et Figure 15). Il apparaît donc, dans cette étude, une participation des personnes à instaurer des stratégies en vie réelle, permettant un transfert d'acquis dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne.

Pour favoriser la participation et le transfert d'acquis, l'ergothérapeute doit prendre en compte les besoins et les objectifs du patient (Azouvi, 2015). Deux ergothérapeutes interrogés sur quatre énoncent ceci dans leur méthodologie (cf. Figure 6).

De plus, l'implication de la famille dans la prise en charge s'est avéré un thème émergent de l'enquête qualitative (cf. Tableau 16). Et prendre en compte l'implication de la famille est cité par un ergothérapeute comme un facteur favorisant la participation (cf. Figure 10). En effet, il est important d'informer la famille sur les troubles cognitifs auxquels le patient traumatisé crânien peut être sujet et de porter une attention sur les répercussions psychologiques que cela peut engendrer (Azouvi, 2015).

Cependant, cette expérimentation montre qu'éventuellement certaines familles ne sont pas totalement éclairées sur les difficultés et troubles de la personne traumatisée crânienne. Même si seulement deux personnes sur les sept interrogées ont évoqué spontanément cette problématique, il serait intéressant de se pencher là-dessus. Sur comment sont avisées les familles et si la qualité de l'information et de leur compréhension de la situation a une influence sur l'accompagnement des familles auprès du patient.

Puis, les orientations de suivi ont été un thème émergent lors des entretiens. Les UEROS, SAMSAH, les associations et la contribution de professionnels libéraux sont mentionnés (cf. Figure 16). Le milieu de vie est un cadre à exploiter pour les mises en situation. Les mises en situation renforcent l'aspect signifiant et favorisent ainsi le transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne et l'interaction sociale. Ainsi, il existe des organismes intervenant à domicile tels que l'hospitalisation à domicile (HAD), les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou les services d'accompagnement médico-sociaux pour adultes handicapés (SAMSAH) (Dupuis *et al.*, 2015). Ceux-ci sont aptes à réaliser des mises en situation à domicile, pour assurer la continuité du suivi de la personne traumatisée crânienne. Car il est important d'exercer et de maintenir les acquis afin que la personne puisse être la plus indépendante et autonome possible au quotidien.

Le plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires a été mis en place entre 2012 et 2017 (Pradat-Diehl, 2010), afin d'améliorer la continuité des suivis entre les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux. De plus, la Stratégie nationale de santé 2018-2022 assure plus globalement la continuité des parcours de soins assurée entre les domaines sanitaire, social et médico-social. Cela peut s'inscrire dans le prolongement d'une garantie de la fluidité des prises en charge des personnes en situation de handicap, dont les traumatisés crâniens font partie.

Cependant, par rapport aux ressentis des patients, l'Adulte TC 2 fait part qu'il ne se sent pas assez suivi après la sortie de son hospitalisation (cf. Tableau 18). Cela amène à se questionner sur comment sont effectuées les

orientations, sur les liens entre les structures médicales et les intervenants du médico-social et du social dans la réalité terrain.

Enfin, cette enquête expérimentale montre que les mises en situation en service de Médecine Physique et de Réadaptation ont certaines limites. Des limites institutionnelles : les ergothérapeutes expriment en majorité un manque de temps, ensuite un manque de disponibilité, des moyens financiers à respecter, mais aussi des limites personnelles (cf. Tableau 17). Incontestablement, les mises en situation sont de plus en plus compliquées à mettre en place : de par la législation qui tient compte de la sécurité des patients, du coût des équipements et de la disponibilité des soignants (Golliot *et al.*, 2018).

b. Biais et limites

Tout comme il existe des limites aux mises en situation, il apparaît des limites et des biais à cette démarche exploratoire d'initiation à la recherche.

Avant tout, le type des biais et des limites est déterminé d'après le « *Guide pratique de recherche en réadaptation* » (Guillez & Tétreault, 2014).

Au niveau de la méthode, j'ai été confronté à certaines limites lors de la prise de contact pour trouver les populations cibles à interroger. Par exemple, il y a eu des absences de réponses (cf. Figure 3). Et des biais de sélection sont apparus. Ne trouvant pas assez d'adultes traumatisés crâniens hospitalisés à la période où l'enquête est effectuée, j'ai dû adapter un de mes critères de sélection. Le critère d'inclusion : « adultes traumatisés crâniens ayant été hospitalisés il y a moins de cinq ans » a été rajouté au cours de la sélection des échantillons de cette population.

S'additionne donc peut-être un biais de mémoire. Les personnes interrogées devant faire appel à leurs souvenirs pour répondre aux questions, il a pu apparaître certains moments d'hésitation (Guillez & Tétreault, 2014).

Puis au niveau de la diversité des échantillons, il ne faut pas écarter l'existence d'une certaine similarité des structures dans lesquelles les ergothérapeutes consultés exercent. Et pour les adultes traumatisés crâniens interrogés, deux sur trois proviennent initialement du même ergothérapeute, par méthode boule-de-neige.

J'ai choisi comme outil l'entretien pour avoir des informations, plus approfondies et qualitatives qu'avec un questionnaire (Guillez & Tétreault, 2014), par rapport aux mises en situations, aux activités signifiantes et au transfert d'acquis mis en jeu sur la réalité du terrain.

Par souci de faisabilité et de disponibilité de chacun, il s'est avéré que la majorité des entretiens ont été téléphoniques. Je me suis donc demandé par la suite si cela constituait un biais ou une limite. Cependant une étude réalisée en 2004 par Sturges et Hanrahan, comparant les méthodes d'entretien téléphonique et d'entretien en présentiel, démontre une similarité des résultats ultimes (Guillez & Tétreault, 2014).

Des limites au niveau du déroulement prévu pour les entretiens se sont présentées. En effet, il y a eu une restriction du temps destiné aux entretiens, due à certains aléas. Il y a eu une attente de dix minutes avant de commencer l'entretien avec l'Ergo 1 et un retard de quinze minutes pour l'entretien avec l'Ergo 2, alors qu'un temps de trente minutes a été prédéfini au préalable lors de la prise de rendez-vous. Cela a donc raccourci les délais d'entretiens. Pour remédier à cette limite, j'ai tout de même essayé d'aborder toutes les questions, ou du moins tous les thèmes figurant dans le guide d'entretien, afin de cibler au mieux les données des entretiens menés.

Au niveau des réponses émises par les personnes interviewées, il y a peut-être la présence d'un biais de désirabilité sociale. Les personnes voulant paraître au mieux pour l'entretien (Guillez & Tétreault, 2014), cet aspect peut éventuellement se ressentir dans les réponses données. Pour pallier cette éventualité de biais, il a fallu instaurer un climat de confiance, avec d'abord le fait de me présenter, de rappeler le contexte et les modalités de l'entretien. Notamment, confirmer la confidentialité des propos. Par la suite, avoir une écoute active et une attitude bienveillante pour aborder les questions demandées. Enfin, maintenir une spontanéité et garder une certaine flexibilité par rapport aux questions prédéfinies dans le guide d'entretien (Guillez & Tétreault, 2014).

Un autre biais ou limite serait la survenue de certaines émotions lors des entretiens : « *la personne qui parle ne peut pas être détachée ou insensible à ses propres paroles* » (Guillez & Tétreault, 2014, p.218). Dans cette étude qualitative par des entretiens, il existe donc une part de subjectivité dans les résultats. Et même si l'étude a été réalisée sur sept personnes au total, cela reste un nombre minime pour valider entièrement les données de l'étude. Il a fallu essayer d'être le plus objectif possible au niveau de l'interprétation des résultats et s'appuyer sur les références de la littérature.

Enfin, sont peut-être présentes des limites des écrits : peu de recherches en France sur le transfert de acquis en ergothérapie, notamment auprès d'adultes traumatisés crâniens, et peu d'explicitation sur l'évaluation du transfert des acquis dans les études. Il a été nécessaire de relier entre elles les différentes références scientifiques, de relever les points essentiels et pertinents pour établir des liens entre les concepts abordés dans cette démarche d'initiation à la recherche.

Conclusion

Cette démarche d'initiation à la recherche part d'un questionnement de départ : En quoi l'ergothérapeute favorise-t-il le transfert d'acquis d'adultes traumatisés crâniens, ayant un syndrome dysexécutif, dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne ? Pour répondre à ce questionnement, l'hypothèse qui s'ensuit est : Les mises en situation d'activités significatives, pour des adultes traumatisés crâniens, favorisent leur participation dans leurs activités de la vie quotidienne.

La problématique, l'hypothèse et le cadre de références ont amené à mettre en place une enquête exploratoire constituée de sept entretiens semi-directifs, dont quatre auprès d'ergothérapeutes et trois auprès d'adultes traumatisés crâniens. Cette recherche montre un intérêt dans la pratique, en service de Soins de Suite et de Réadaptation, de mises en situation d'activités significatives facilitant la participation dans la réalisation des activités de vie quotidienne. En effet, cinq personnes sur sept interrogées définissent les mises en situation d'activités significatives, auprès d'adultes traumatisés crâniens, comme facteur favorisant la participation (cf. Figure 10). Les résultats concordent avec la littérature et tendent, de par l'analyse des résultats, à valider les éléments de l'hypothèse. Dans le cadre de cette démarche d'initiation à la recherche, l'hypothèse peut donc être considérée comme partiellement validée. Il serait pertinent de transposer l'étude à un panel plus large pour conclure.

Ensuite, l'étude qualitative présente l'activité cuisine comme une mise en situation favorisant le transfert des acquis (4 personnes sur 7, cf. Figure 12). De plus, cette activité est estimée comme significative par la majorité des populations cibles (6 personnes sur 7, cf. Figure 7). D'après cette enquête, il s'agit donc d'une activité significative mise en situation et qui favorise le transfert des acquis. Cela présente un intérêt pour confirmer la pratique de l'activité cuisine en ergothérapie, pour favoriser le transfert d'acquis dans les activités de la vie quotidienne.

Puis, l'analyse des résultats expose les mises en situation comme facteurs favorisant le transfert d'acquis (3 ergothérapeutes sur 4, cf. Figure 14). D'autres facteurs favorisant comme les activités significatives (2/4) ou l'activité cuisine (2/4) sont évoqués (cf. Figure 14). Ainsi, pour répondre à la question de départ, selon cette démarche d'initiation à la recherche, l'ergothérapeute favorise le transfert des acquis des personnes traumatisées crâniennes via des mises en situation. Et notamment par des activités significatives et spécifiquement l'activité cuisine.

Au niveau de ma pratique en ergothérapie, cette démarche d'initiation à la recherche a fourni des apports : d'abord, des connaissances plus précises sur les concepts énoncés dans la partie théorique du cadre de références, tels que le traumatisme crânien ou le transfert d'acquis. Puis, l'importance d'actualiser ses savoirs, de se remettre en question, de développer sa curiosité sur des sujets en rapport avec l'ergothérapie. Cela m'a permis de développer une certaine envie de continuer ces démarches de recherches, même juste à travers des lectures d'ouvrages et d'articles, de consultation de données numériques (par exemple des interviews et des documentaires). De participer à des rassemblements ayant des thèmes en lien avec l'ergothérapie, de réaliser de nouvelles formations pour actualiser ou élargir mes connaissances dans le domaine de l'ergothérapie.

Pour en revenir à ce mémoire d'initiation à la recherche, il m'a acheminée vers une réflexion sur les retombées des données sur la pratique et vers d'autres perspectives de recherches que je présente ci-dessous. D'après l'enquête, les ergothérapeutes peuvent vraisemblablement utiliser les mises en situation comme évaluation au transfert d'acquis (dans l'étude, 3 ergothérapeutes sur 4 appliquent ceci, cf. Figure 13). Il serait intéressant pour la pratique de l'ergothérapie, d'élargir les recherches sur le développement et la certification d'évaluations mesurant le transfert d'acquis, notamment via des mises en situation.

Cette enquête exploratoire amène d'autres pistes de recherches, par exemple sur le thème des orientations de suivi après les soins de suite et de réadaptation, comment se constitue sur le terrain l'articulation entre le domaine médical et les domaines du médico-social et du social et comment s'élabore dans la pratique des ergothérapeutes l'évolution du transfert des acquis dans le milieu de vie des personnes traumatisées crâniennes. De quelle manière ces interventions renforcent-elles le transfert d'acquis dans les activités de la vie quotidienne ? En quoi l'ergothérapeute peut-il intervenir pour permettre au patient de pérenniser ce transfert des acquis en vie quotidienne ? Ces questionnements peuvent conduire à de futures recherches en ergothérapie. Je propose ainsi cette amorce d'hypothèse de recherche : les mises en situation signifiantes réalisées dans le milieu de vie des personnes traumatisées crâniennes favorisent la pérennisation du transfert des acquis dans les activités de la vie quotidienne.

Bibliographie

Ouvrages imprimés

- Azouvi, P. (2015). *Traumatismes crânio-cérébraux*. De Boeck Supérieur.
- Blanchet, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Armand Colin.
- Chantraine, A. (2013). *Rééducation neurologique : Guide pratique de rééducation des affections neurologiques*. Arnette.
- Cohadon, F. et Castel, J.-P. (2008). *Les traumatisés crâniens : de l'accident à la réinsertion*. Arnette.
- Fenneteau, H. (2015). *Enquête : entretien et questionnaire - 3e édition*. Dunod.
- Garnier, M., Delamare, F. et Delamare, J. (2009). *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Maloine.
- Guillez, P. et Tétreault, S. (2014). *Guide pratique de recherche en réadaptation*. De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C., Offenstein, E., Quevillon, E. et Trouvé, É. (2015). *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* De Boeck Supérieur.
- Mahiant, J.-P. (2013). *Vérification des compétences exécutives en résolution de problèmes*. De Boeck Supérieur.
- Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck Supérieur.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie : Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- Paquette, C. (2012). *Guide des meilleures pratiques en réadaptation cognitive*. PUQ.
- Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. De Boeck Supérieur.
- Roussel, M., Godefroy, O. et Boissezon, X. de. (2017). *Troubles neurocognitifs vasculaires et post-AVC : De l'évaluation à la prise en charge*. De Boeck Supérieur.
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod.

Articles de revue

- Azouvi, P., Vallat-Azouvi, C., Couillet, J. et Pradat-Diehl, P. (2009). Traitement des troubles dysexécutifs et attentionnels, Treatment of deficits of executive functions and of attention. *Revue de neuropsychologie, me 1(1)*, 71-78.
- Delavallade, G. et Verguier, B. (2009). Mise en place du « profil des activités de la vie quotidienne » en centre de rééducation et réadaptation fonctionnelles in *Expériences en ergothérapie*. 22^{ème} série. Sauramps médical, 264-270.
- Godefroy, O., Jeannerod, M. et Allain, P. (2008). Lobe frontal, fonctions exécutives et contrôle cognitif Frontal lobe, executive functions and cognitive control. *Revue Neurologique*, 9.

Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, N° 102(3), 23-34.

Articles numériques

Chevignard, M., Taillefer, C., Picq, C. et Pradat-Diehl, P. (2008). *Évaluation écologique des fonctions exécutives chez un patient traumatisé crânien*. Consulté en décembre 2018, à l'adresse <http://www.em-premium.com.ezproxy.u-pec.fr/article/95423/resultatrecherche/2>

Frenay, M. et Bédard, D. (2011). *Chapitre 8. Le transfert des apprentissages*. Dans : Étienne Bourgeois éd., *Apprendre et faire apprendre* (pp. 125-137). Paris cedex 14, France: Presses Universitaires de France. doi:10.3917/puf.brgeo.2011.01.0125. Consulté en novembre 2018, à l'adresse <https://www.cairn.info/apprendre-et-faire-apprendre--9782130583912-page-125.htm>

Golliot, J., Abellard, A. et Durampart, M. (2017). *Évolution de la Rééducation du Syndrome Dysexécutif grâce au Serious Game*. Transition digitale médiations numériques dans les institutions sociales et médico-sociales, CREAI Paca Corse, Numéro spécial. Consulté en février 2019, à l'adresse https://archivesic.ccsd.cnrs.fr/sic_01797466/document

Presseau, A. et Frenay, M. (2004). *Le transfert des apprentissages : comprendre pour mieux intervenir*. Consulté en novembre 2018, à l'adresse https://books.google.fr/books?id=-6QxYr2NzGMC&dq=transfert+des+apprentissages+r%C3%A9ducation+r%C3%A9adaptation&hl=fr&source=gbs_navlinks_s

Textes législatifs

Pradat-Diehl, P. (2010). *Mission interministérielle en vue de l'élaboration d'un plan d'action en faveur des traumatisés crâniens et des blessés médullaires. Rapport final*. Consulté en janvier 2019, à l'adresse <http://reseauprosante.fr/files/santepublique/Mission-interministerielle-en-vue-de-l-elaboration-d-un-plan-d-action-en-faveur-des-traumatismes-craniens-et-des-blesses-medullaires.pdf>

Guide d'information

Lo., E., Kiefer, C., Mailhan, L. et Azouvi, P. (2008). *Le traumatisme crânien sévère. Livret d'information des familles de victimes*. CRFTC.

Guide d'information numérique

Degiorgio, C. (2008). *Comprendre les fonctions exécutives*. Consulté en octobre 2018, à l'adresse <http://www.crfna.be/Portals/0/fonctions%20ex%C3%A9cutives.pdf>

Rapport de recherche

Noreau, L., Tettamanti-Taiana C., et al. (2005). *Rapport final Habilis*. Consulté en février 2019, à l'adresse <http://www.wheelchair.ch/fra/maison/images/docs/habilis.pdf>

Autres sources bibliographiques

Dupuis, E., Marie, J. et Taillefer, C. (2015). *Actes de la Journée de l'Association Réseau Traumatisme Crânien Ile-de-France : Ergothérapie. Du sanitaire au médico-social : missions et pratiques*. ARTC Ile-de-France.

Duval, J. (2007). *Rééducation neuropsychologique de l'administrateur central de la mémoire de travail : présentation d'un programme multifactoriel*.

ICM s.d. Consulté en janvier 2019, à l'adresse : <https://icm-institute.org/fr/actualite/comprendre-le-cerveau-et-son-fonctionnement/>

ICM s.d. Consulté en janvier 2019, à l'adresse : <https://icm-institute.org/fr/chiffres-cles/> et <https://icm-institute.org/fr/traumatismes-craniens/>

Luret, V. (2009). *Etude des besoins concernant les personnes atteintes de lésions cérébrales acquise*.

Romelaer, P. (2005). Chapitre 4. L'entretien de recherche. *Méthodes Recherches*, 101-137.

Weltgesundheitsorganisation (Éd.). (2001). *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé : CIF*. Genève.

Annexes

Annexe 1 : Chapitre 1 des structures anatomiques de la CIF.....	I
Annexe 2 : Schéma du parcours de soins d'une personne traumatisée crânienne	III
Annexe 3 : Echelle de coma de Glasgow.....	IV
Annexe 4 : Echelle du devenir, Glasgow Outcome Scale.....	V
Annexe 5 : Guide d'entretien pour les ergothérapeutes.....	VI
Annexe 6 : Guide d'entretien pour les adultes traumatisés crâniens.....	VIII
Annexe 7 : Fiche type d'autorisation d'enregistrement – Entretiens.....	X
Annexe 8 : Retranscription d'entretien – Ergothérapeute.....	XI
Annexe 9 : Retranscription d'entretien – Adulte traumatisé crânien	XVIII

Chapitre 1

Structures du système nerveux

s 110 Structure du cerveau

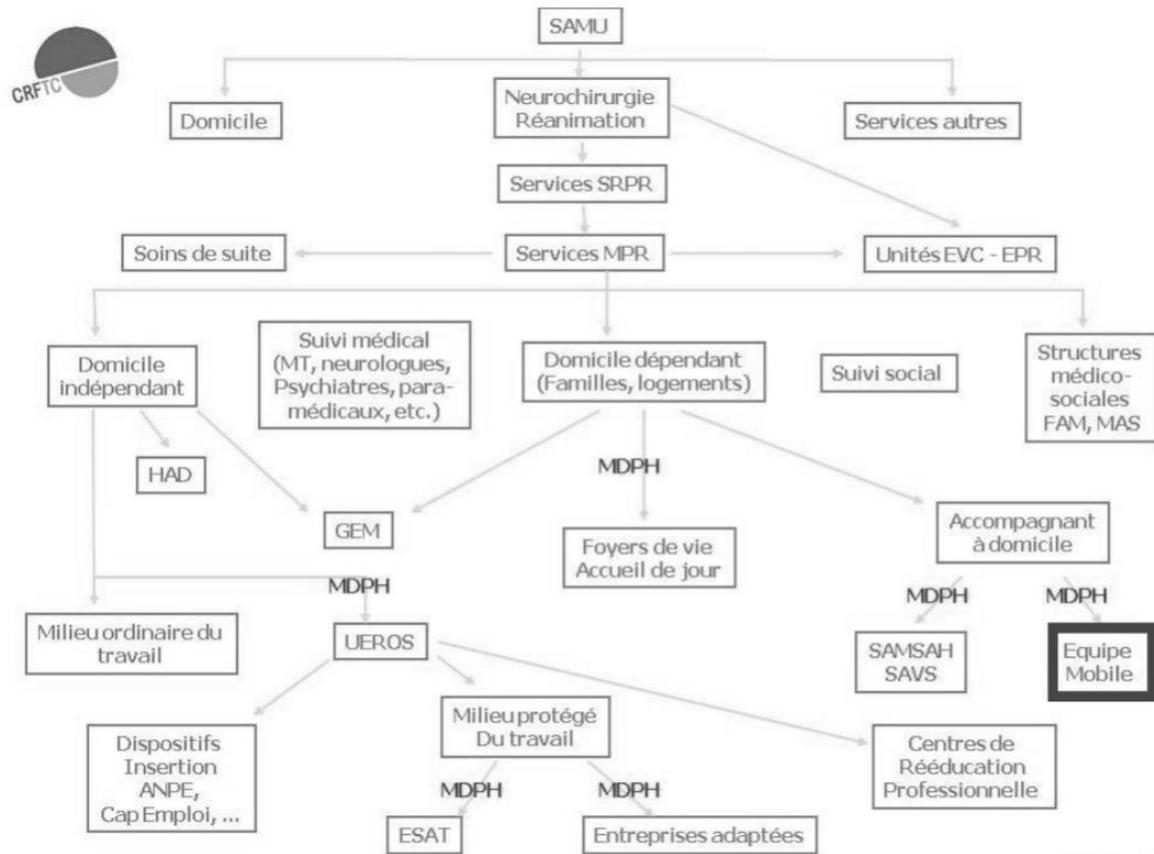
- s 1100 Structure du cortex cérébral
 - s 11000 Lobe frontal
 - s 11001 Lobe temporal
 - s 11002 Lobe pariétal
 - s 11003 Lobe occipital
 - s 11008 Autre structure précisée du cortex cérébral
 - s 11009 Structure non précisée du cortex cérébral
- s 1101 Structure du mésencéphale
- s 1102 Structure du diencéphale
- s 1103 Noyaux gris centraux et structures connexes
- s 1104 Structure du cervelet
- s 1105 Structure des tronc cérébral
 - s 11050 Medulla oblongata
 - s 11051 Pont
 - s 11058 Autre structure précisée du tronc cérébral
 - s 11059 Structure non précisée du tronc cérébral
- s 1106 Structure des nerfs crâniens
- s 1108 Autre structure précisée du cerveau
- s 1109 Structure non précisée du cerveau

s 120 Structure de la moelle épinière et structures connexes

- s 1200 Structure de la moelle épinière
 - s 12000 Région cervicale
 - s 12001 Région dorsale

- s 12002 Région lombaire
- s 12003 Cauda equina
- s 12008 Autre structure précisée de la moelle épinière
- s 12009 Structure non précisée de la moelle épinière
- s 1201 Nerfs rachidiens
- s 1208 Autres structures précisées de la moelle épinière et des structures connexes
- s 1209 Structures non précisées de la moelle épinière et des structures connexes
- s 130** Structure des méninges
- s 140** Structure du système nerveux végétatif
- s 150** Structure du système parasympathique
- s 198** Autre structure précisée du système nerveux
- s 199** Structure non précisée du système nerveux

Annexe 2 : Schéma du parcours de soins d'une personne traumatisée crânienne



© CRFTC 2016

Échelle de Glasgow-Liège

GCS + réflexes du tronc cérébral

L'échelle de Glasgow Liège associe l'étude des réflexes du tronc cérébral à l'échelle de coma de Glasgow. Elle évalue avec plus de précision la profondeur du désordre encéphalique. Les scores additionnés possibles vont de 3 à 20. Au cours du coma, on assiste à la disparition progressive des réflexes du tronc cérébral dans l'ordre où ils sont énumérés.

E	
Ouverture des yeux	
Spontanée	4
Au bruit (à la parole)	3
À la douleur (stimulation nociceptive)	2
Absente	1
V	
Réponse verbale	
Orientée (conscient: sait qui il est)	5
Confuse (conversation possible mais signes de confusion)	4
Inappropriée (mots intelligibles, toute conversation est impossible)	3
Incompréhensible (mots incompréhensibles, gémissements, grognements)	2
Absente	1
M	
Réponse Motrice	
Obéit (obéit à la commande verbale)	6
Localisée (réponse gestuelle vers la localisation douloureuse afin de faire disparaître le stimulus douloureux)	5
Évitement (en regard d'un stimulus)	4
Flexion stéréotypée (triple flexion)	3
Extension stéréotypée (rotation interne et extension du membre supérieur)	2
Absente	1
R	
Réflexes du tronc cérébral	
Réflexe fronto-orbitaire	5
Réflexe(s) oculo-céphalique vertical ou oculo-vestibulaire vertical	4
Réflexe photomoteur	3
Réflexes oculo-céphalique ou oculo-vestibulaire horizontaux	2
Réflexe oculo-cardiaque	1

Le score obtenu est noté sur 20 points.

Références :

Born J.D. et al., 1982.

Born J.D., 1988.

Glasgow Outcome Scale

C'est une échelle de gravité séquellaire, de handicap et de devenir fonctionnel. Elle est très sommaire, très rapide et simple d'utilisation, donc très rependue. Elle est corrélée à la durée de coma, à l'échelle de Glasgow et à la durée de l'amnésie post-traumatique (APT).

Une première version anglo-saxonne comporte 5 niveaux :

- 1 : bonne récupération (pas de séquelle ou séquelles mineures).
- 2 : incapacité modérée (séquelles mais indépendant).
- 3 : incapacité sévère (conscient mais dépendant).
- 4 : état végétatif.
- 5 : décès.

Une deuxième version, dite "Niveau de GOS" évalue la gravité séquellaire sur 4 niveaux, en dehors des décès. (Circulaire DAS/DE/DH N° 96-428 du 04/07/96.)

Niveau GOS I =
Retour à la vie normale.
Niveau GOS II =
Autonomie AVJ, accompagnement et surveillance adapté.
Niveau GOS III =
Tierce personne en permanence est nécessaire (déficit moteur grave) et/ou troubles sévères du comportement et/ou syndrome frontal.
Niveau GOS IV =
État végétatif chronique ou état pauci relationnel.

Référence :

Jennett B., Bond M., 1975.

<p align="center">Thème du Mémoire de Fin d'Etudes : Les mises en situation en ergothérapie auprès d'adultes traumatisés crâniens, pour la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne.</p>		
<p>Type d'établissement : _____ (clinique, hôpital, privé/public...)</p>		<p>Date de l'entretien : __/__/__</p>
<p>Personne interviewée : Ergothérapeute</p>		<p>Durée de l'entretien : _____ (en min)</p>
<p align="center"><i>Présentation de l'interviewer et du contexte de l'enquête. L'entretien sera enregistré avec l'accord de la personne et son utilisation respectera son anonymat et celui de l'établissement.</i></p>		
Thèmes	Questions	Objectifs
<p>Généralités : Parcours professionnel</p> <p>Interprofessionnalité</p> <p>Prise en charge des adultes traumatisés crâniens en ergothérapie</p>	<p>1. Pouvez-vous présenter succinctement votre parcours professionnel ? (années d'expérience...)</p> <p>2. Comment s'organise votre service et avec quels autres professionnels intervenez-vous pour la prise en charge de personnes traumatisées crâniennes (TC) ?</p> <p>3. De quelle manière prenez-vous en charge en ergothérapie des patients TC ayant des troubles des fonctions exécutives ?</p>	<p>Introduction : Faire connaissance avec la personne interviewée, la mettre en confiance. Situer le contexte. Cela permet aussi d'introduire le sujet.</p>
<p>Mise en situation et activités significantes</p> <p>Capacité/Performance</p> <p>Participation /Activités significantes</p>	<p>4. Quelles activités de la vie quotidienne utilisez-vous la plupart du temps en mise en situation ? Dans quels buts et dans quelles conditions ?</p> <p>5. Selon vous, qu'est-ce que les mises en situation apportent à la personne dans ses activités de la vie quotidienne ? (dans la réalisation en situation standard et en situation de vie réelle)</p> <p>6. Dans quelles activités repérez-vous que l'implication de la personne est plus forte ? (en mise en situation et en vie quotidienne) <u>Relances :</u> Expliquez pourquoi certaines activités créent un impact plus important sur l'implication de la personne ?</p>	<p>Objectif principal : Analyser l'impact des mises en situation d'activités significantes en ergothérapie sur la capacité et la performance des adultes traumatisés crâniens, dans leurs activités de la vie quotidienne.</p> <p>Sous-objectifs : Q4 : cibler les activités les plus utilisées dans les prises en charge. Vérifier que l'un des buts est la réalisation des activités de la vie quotidienne. Vérifier le contexte/les modalités des mises en situation. Q5 : Vérifier que les mises en situation ont un impact pour la personne sur la réalisation</p>

	Remarquez-vous une différence entre la proposition d'une activité significative et une activité signifiante ?	des activités de la vie quotidienne (sur leur capacité et leur performance). Q6 : Vérifier l'impact des mises en situation significatives sur la participation des personnes en vie quotidienne.
Transfert d'acquis	7. Comment définiriez-vous la notion de transfert des acquis ? Comment évaluez-vous le transfert des acquis ? 8. <u>Si besoin</u> , énoncer ma définition du transfert des acquis, puis : Quels sont, selon vous, les éléments qui ont un impact sur le transfert d'acquis, dans une prise en charge auprès d'adultes traumatisés crâniens ? <u>Relance (pour préciser le sujet) :</u> Selon vous, quel impact ont les mises en situation sur le transfert d'acquis ?	Objectif principal : Vérifier que les mises en situation en ergothérapie jouent un rôle dans le transfert des acquis chez des adultes traumatisés crâniens, ayant un syndrome dysexécutif. Sous-objectifs : Q7 : Vérifier si la notion de transfert d'acquis de l'ergothérapeute correspond à celle de l'enquête. Q8 : Analyser les éléments qui favorisent le transfert des acquis.
Conclusion/Question d'ouverture	9. Pour finir, avez-vous des remarques, des choses à rajouter ? Remerciements et clôture de l'entretien.	Invitation de réflexion sur le sujet. Éléments supplémentaires éventuels.
Supplément d'information	Questions supplémentaires présentées spontanément lors de l'échange. Relances.	Questions supplémentaires ou autres thèmes abordés lors de l'entretien qui constituent un supplément d'information pour l'enquête. Recentrer la discussion sur le thème abordé. Amènent une précision de réponse.

	<p><u>Si besoin :</u> Appliquez-vous des stratégies vues en mise en situation dans vos activités quotidiennes ? Sentez-vous un changement dans la réalisation de vos activités de la vie quotidienne ? Pouvez-vous développer/le décrire ?</p>	<p>jouent un rôle dans le transfert des acquis chez des adultes traumatisés crâniens, ayant un syndrome dysexécutif.</p> <p>Sous-objectifs : Q7 : Vérifier que la personne applique un transfert des acquis dans leurs activités de la vie quotidienne, suite aux mises en situation.</p>
Conclusion /Question d'ouverture	<p>8. Pour finir, avez-vous des remarques, des choses à rajouter ?</p> <p>Remerciements et clôture de l'entretien.</p>	<p>Invitation de réflexion sur le sujet. Eléments supplémentaires éventuels.</p>
Supplément d'information	<p>Questions supplémentaires présentées spontanément lors de l'échange.</p> <p>Relances.</p>	<p>Questions supplémentaires ou autres thèmes abordés lors de l'entretien qui constituent un supplément d'information pour l'enquête. Recentrer la discussion sur le thème abordé. Amènent une précision de réponse.</p>

Consentement pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées

Contexte

Cet enregistrement est réalisé dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie, dont le thème est : Les mises en situation en ergothérapie auprès d'adultes traumatisés crâniens, pour la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne.

L'enquête exploratoire de ce mémoire se constitue d'entretiens auprès d'ergothérapeutes et de personnes ayant eu un traumatisme crânien, tout en respectant leur anonymat. Pour mener cette enquête et établir un enregistrement audio des données, il est nécessaire d'avoir le consentement des dites-personnes interrogées, c'est pourquoi cette autorisation écrite a été constituée.

Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise l'enregistrement audio de l'entretien mené ;
- autorise l'utilisation des données recueillies, sous leur forme transcrite et anonymisée, pour une durée indéterminée, à des fins de recherches scientifiques, dans le cadre de ce mémoire d'initiation à la recherche en ergothérapie.

Fait à : _____

Le : ____/____/____

Signature :

Entretien Ergo N°3

Le 30/04/19, Hôpital public, Ergo N°3.

Entretien de 16 minutes.

Légende

Interviewer : en bleu.

Ergothérapeute interviewée : en noir.

Éléments anonymisés : [entre crochets].

Éléments contextuels et le non-verbal : en gris.

« Alors, est-ce que vous pouvez présenter succinctement votre parcours professionnel ? C'est plus, depuis combien de temps vous êtes diplômé, et depuis combien de temps vous travaillez.

- Ok, alors moi je suis diplômée depuis 2004.
- Oui.
- Euh... ça va être vite-fait le parcours professionnel. J'ai juste fait un petit mois de remplacement de stage dans une clinique de convalescence sur [ville]. Euh, voilà.
- D'accord.
- Et... après je suis arrivée en novembre 2004 à l'hôpital [nom de l'hôpital] et j'en suis jamais partie. Voilà.
- D'accord.
- Donc ça fait quinze ans en novembre, que je serai ici. *Elle me sourit.* Voilà, – *elle pose ses mains sur la table et les croise* – cela fera quinze ans en novembre.
- Euh, après donc, comment fonctionne votre service pour les prises en charge de traumatisés crâniens, euh, de personnes traumatisées crâniennes ?
- Euh, bah alors c'est super large, euh, il y a kiné, orthophoniste. Eventuellement, euh, la neuropsychologue qui travaille dans le service de neuro. Euh, quand on a besoin notamment pour les trauma crâniens... Voilà, elle peut intervenir pour des bilans.
- D'accord.
- Euh... puis qu'est-ce qui y a... après tout le panel médecin, euh, infirmières, aides-soignantes. Euh, et en suite... au fur et à mesure de l'évolution, plus tous les services d'intervention de, à domicile. Ou pour le suivi des traumatisés crâniens.
- D'accord.
- Donc ça peut être des UEROS. Ça peut être des SAMSAH. Euh, ça peut être style le service de... [nom d'un autre établissement] pour les traumatisés crâniens.
- Je vois.
- Voilà. Euh, nous ici en gros, c'est souvent soit le SAMSAH de [nom d'association], soit le centre de suivi des traumatisés crâniens de [nom d'établissement], voilà. L'UEROS, c'est un peu différent, hein...
- C'est la reprise...
- ... oui, c'est la reprise pro. Et... après éventuellement avec des associations. Il y en a qui s'occupent, enfin qui s'occupent – *elle lève les yeux au ciel* – dans lesquelles les traumas crâniens ou les familles peuvent s'inscrire. Et c'est vrai qu'on a de plus en plus de patients quand même qui... *Elle cherche ses mots.*
- Ont besoin...
- Oui, qui ont besoin. Ou les familles ont besoin.
- Oui, je comprends.

- Voilà, donc on les oriente également vers ces... vers ces associations-là. Voilà, qui font des interventions aussi dans cet hôpital en plus maintenant, pour certaines.
- Ok.
- Voilà.
- Euh, après plus dans l'ergothérapie, de quelle manière vous prenez en charge, euh, les patients traumatisés crâniens qui ont des troubles des fonctions exécutives ?
- Alors. Alors clairement pour les traumatisés crâniens moi je trouve que l'occupationnel est génial. Voilà, ça c'est vraiment la pathologie pour laquelle, moi, je ne fais quasiment que de l'occupationnel. Euh, alors, avec des choses, ça peut être très très ponctuel. Euh... style je pense à un des derniers patients qu'on a... eu. On a commencé, on en était juste à citer ce qu'il y avait dans la cuisine, ou reconnaître ce qu'il y avait dans la cuisine. Je lui montrais l'évier, il fallait qu'il me dise « évier », je lui montrais le « four », il fallait qu'il me dise « le four ». C'était déjà pas gagné, voilà. Euh... vu que c'était un pompier, ça avait beaucoup mieux marché avec tout ce qui concernait les trucs incendie dans les couloirs.
- Là, ça revenait.
- Oui ! Là en lui montrant les extincteurs, il savait dire « extincteur ». Les trappes de fumée, il savait dire « trappe de fumée », « évacuation de fumée », euh, voilà. Euh... et après, ou avec des activités au fur et à mesure beaucoup plus, euh, complètes. Voilà.
- Oui, d'accord. Et justement est-ce que, il y a des activités où vous avez l'impression que l'implication de la personne est plus forte ?
- Oui, ah bah clairement tout ce qui a rapport avec ce qu'ils faisaient avant. Euh... voilà. 'Fin, dans les grands trucs qui fonctionnent, il y a la cuisine. La cuisine, les gens qui cuisinent adorent cuisiner. Euh, le petit bricolage, oui voilà, c'est vraiment un truc que nous ici il faudrait qu'on développe parce qu'on reste sur des choses très petites. Il faudrait qu'on aille plus loin, parce qu'on a beaucoup – *insiste sur ce mot* – de gens qui bricolent.
- Ah oui ?
- Oui. Euh, après ça peut être des fois des choses qui sont, qui moi me font rigoler parce que c'est, euh, on trouve ça très petit. Euh style, j'sais pas si vous connaissez le programme qu'on appelle « comme à la maison ».
- Euh, non.
- Donc ça on le fait beaucoup pour les traumatisés crâniens et les cérébrolésés d'une manière générale. Euh, c'est-à-dire que sur la porte de la chambre on affiche, euh, on met une petite affiche avec : le matin le patient, je sais pas... doit aller prendre son petit-déjeuner en salle à manger. Donc ça veut dire que le plateau est posé avant la distribution. C'est à lui de refaire chauffer son bol au micro-ondes, de tartiner si besoin, et cetera. Doit faire son lit éventuellement. Eventuellement, il doit faire le ménage de sa chambre. Une ou deux fois par semaine, et cetera. Et y a des gens qui ont une implication là-dedans – *elle rit un peu* – qui me fait souvent, euh, rire. *Elle réfléchit*. Euh, je me souviens d'un monsieur qui faisait son lit tous les jours le matin et on, je lui avais dit : « sauf les jours où le lit est totalement refait ».
- Oui.
- Parce que c'est plus compliqué... *Elle grimace*. Et, le jour où les filles ont refait son lit complètement, mais il a... il leur a hur-lé dessus en leur disant que... elles le prenaient pour un incapable, que [nom de l'ergothérapeute interviewée] lui avait demandé de faire son lit, que c'était inadmissible ! Donc on m'avait appelée, j'avais dû calmer le jeu, en disant : « Non non, c'est juste qu'on pensait que c'était trop compliqué ».

- Oui.
- On a, à partir de là, on l'a laissé faire, euh, tous les jours !
- D'accord. *Je ricane.*
- C'est drôle comme un monsieur de cinquante ans pourrait tenir à faire son lit tous les matins, parce qu'on lui avait demandé.
- Mhm.
- Voilà. Donc des fois, c'est, c'est pas énorme comme... comme activité occupationnelle, hein, mais... Pour lui, on avait fait beaucoup d'autres choses, on avait fait les courses. Ah, les courses ! Les gens adorent, alors ça c'est vraiment sortir de l'hôpital. Les odeurs. Les gens des fois ne font que se balader dans le supermarché par plaisir quoi. *Elle sourit.*
- D'accord.
- Ça c'est, euh, bah voilà.
- Ça c'est un peu leur première sortie, c'est ça ?
- Des fois, c'est la première sortie et après ce qui revient souvent, c'est euh... les couleurs et euh, les odeurs. Même si je trouve dans un supermarché y a pas forcément beaucoup d'odeurs *dit-elle avec hésitation.*
- Oui.
- Souvent les gens errent dans le rayon fruits et légumes.
- D'accord !
- Voilà. *Elle acquiesce.* Les couleurs comme ils disent ça fait du bien de revoir, après c'est dur hein, souvent les courses...
- Oui...
- ... souvent c'est une activité qui... est très fatigante. *Elle marque une pause.* On ne se rend pas compte – *elle agite ses mains tout en parlant* – avec la lumière, le bruit, euh, les autres personnes qui font pas du tout attention. Le fait que les gens cherchent. Euh... mais souvent c'est euh... ouais, ils aiment beaucoup.
- D'accord.
- Voilà. *Elle me sourit.*
- *Je lui souris.* Euh, d'accord. Alors après, c'est plus euh... je voulais parler aussi du transfert des acquis.
- Mhmm.
- Euh, comment vous définissez la notion du transfert des acquis ?
- Euh, bah le passage de ce qu'on fait en structure... à ce que les gens font dans leur chambre à l'hôpital, ce qui est déjà une première étape, et ensuite à la maison, euh, que ce soit le week-end ou après à la sortie.
- Mhmm mm.
- Voilà.
- Et est-ce que vous auriez une manière de l'évaluer aussi ou... ?
- Euh... Alors moi, des fois on fait ce qu'on appelle des ptis euh, « cahiers de week-end » – *elle sourit* – ou « devoirs de week-end ».
- Oui ?
- Où on demande aux gens de, par exemple si on, bah je sais pas, la dernière fois avec un monsieur j'avais travaillé... Son boulot à la maison c'était de faire la vaisselle.
- Mhm mm.

- Il touche pas les euh... il touche pas. Il fait pas les repas, c'est le boulot de sa femme. Lui il met la table et il fait la vaisselle. Donc, on avait travaillé ça. Ce qu'il devait faire au départ et qui était déjà pas évident. Et du coup, au bout de deux semaines où ça commençait à être bien, j'avais dit : « bah ce week-end, à la maison, j'aimerais qu'au moins sur un repas, vous mettiez la table et vous fassiez la vaisselle ». *Elle marque une pause.* Voilà. Il était revenu en disant : « bah tiens, j'ai fait la vaisselle deux fois, ça s'est bien passé, et cetera. ». Ok. *Silence.* Bon bah la semaine suivante, – *elle agite ses mains* – c'est je mets le couvert, je fais la vaisselle et vous passez le balai.
- **Oui.**
- Ok. Voilà. On peut euh, comme ça au fur et à mesure demander aux gens : ils ont des petits « devoirs » entre guillemets. Ça les fait souvent rire. Après tout dépend de l'implication des familles. Y a des gens souvent 'faut appeler les familles, euh, pour leur expliquer, qu'ils soient pas surpris.
- **D'accord.**
- Voilà. Mais euh... Quand les gens déjà, encore mieux quand ils le font de manière spontanée. Quand on leur a rien demandé, ils reviennent le lundi de perm' en disant : « Ah, ce week-end j'ai fais ça, ça et ça ! », parce qu'on l'avait fait la semaine d'avant ensemble. Là on se dit, c'est bon !
- **Bien euh, oui. Je souris.**
- Oui – *elle me sourit* – voilà ! *Silence.* Bon y en a d'autres où on sent, on a beau demandé, c'est... *Elle grimace.* C'est...
- **Oui, parfois c'est... ?**
- C'est la prise d'initiative. C'est pour ça que là c'est important d'impliquer à ce moment-là les fa-milles. *Elle accentue ce dernier mot.*
- **Oui, je comprends.**
- Alors le plus compliqué dans les traumatismes crâniens de toute façon c'est euh, la perte d'initiative.
- **Oui, c'est ça.**
- Les apathiques et les... *Une collègue toque et l'informe qu'elle va partir. Elle acquiesce. Nous nous sourions.*
- **Et, euh... Oui, quels sont selon vous, les éléments qui ont un impact justement sur le transfert des acquis ?**
- Euh, passer par des activités qui leur plaisent.
- **Oui.**
- Ça je dirai c'est, euh, le premier. Euh, si vous leur proposez des choses... Soit des activités qu'ils connaissaient – *elle insiste sur ce mot* – qu'ils étaient habitués à faire et qui leur plaisent.
- **Qui leur plaisent d'accord.**
- Voilà. Euh, soit éventuellement moi des fois c'est vrai j'aime bien proposer des activités nouvelles. Euh... quand on a des gens qui maîtrisent déjà très bien, tout ce qu'ils maîtrisaient avant, qui était déjà du connu, moi j'aime bien essayer de demander des choses nouvelles. Qui demandent une capacité d'apprentissage, mais vraiment, euh, après l'accident. Et à ce moment-là 'faut essayer de trouver quelque chose qui peut les botter.
- **Mhmm mm.**
- Voilà. Donc euh... c'est pas forcément, euh, évident. A ce moment-là on passe plus des fois par des trucs manuels, enfin, euh, travaux manuels. Euh, domaine artistique, euh, voilà.

Nous nous sourions. C'est pas la majorité, mais euh, ça peut les euh, voilà. Ça peut les brancher sur quelque chose de nouveau.

- C'est intéressant de voir comment... comment ils réagissent face à ça...
- Voilà.
- Le fonctionnement et tout...
- Voilà ! Après...
- Oui ?
- C'est pareil, c'est tout dépend le, euh... le niveau d'activité qu'on leur propose. L'an dernier j'ai fait une formation super sur la prise en charge des cérébrolésés. Donc on était, donc euh voilà, occupationnel à fond ! Et... c'est vrai que, de comprendre... Vous avez des patients c'est du euh... 'fin ce que j'adorais dans cette formation, c'est que voilà, ils expliquaient que pour certains patients, suite à un niveau très bas après l'accident, vous n'allez faire que du conditionnement, y a aucune capacité d'apprentissage. *Silence.* Si ok, bah vous voulez qu'il fasse le lit. Tous les matins, – *elle agite ses mains* – vous allez faire le lit de la même manière et vous allez répéter, répéter, répéter, répéter, répéter.
- Mhmm mm.
- Quand les gens sont vraiment au dessus, non. Ils ont vraiment des capacités d'acquisition. Donc vous commencez par une activité qui demande, euh, quelques... – *elle cherche ses mots* – performance. Mais assez basses. Voilà. Si ça beugue, vous la reproposez le lendemain. Ça permet de voir si ce qui a été signalé la veille a été acquis ou pas.
- Oui.
- Si vous avez du bol, c'est le cas. Bon bah le lendemain, vous repassez à une activité un peu au dessus et c'est ça qui est intéressant de monter, monter, monter, monter. Moi je trouve ça assez, euh... Voilà. Assez intéressant. Mhm.
- Euh, après, avez-vous des choses à rajouter ? Des remarques ? C'est plus par le temps que nous sommes contraints. *Nous avons commencé l'entretien quinze minutes en retard et un créneau de trente minutes avait été fixé pour l'entretien.*
- Non non, après euh, pas de remarque... particulière. Euh... non, j'ai pas de... Mhm.
- Après, ça me va. *Nous avons à peu près parlé de tout...*
- Après il y a juste un point sur lequel on s'appuie. Bah depuis que j'ai fait la formation l'an dernier, euh, sur la MCRO.
- MCRO oui.
- Voilà. Euh... Et euh, clairement moi je trouve qu'elle est... enfin, moi pour moi ça a été euh...
- Pour vous oui ?
- Oui ! ça aide énormément. Parce qu'on parle vraiment de choses. Euh, enfin moi je suis toujours surprise de ce que peuvent donner les patients.
- Mhmm mm.
- Euh... dans leurs priorités... *Elle réfléchit.*
- Oui, dans leurs priorités ?
- Dans leurs priorités, où euh, je me rends compte que le coupage d'ongles est souvent plus prioritaire que de pouvoir aller aux toilettes seul – *elle sourit et je souris* – donc euh voilà je reste assez étonnée à chaque fois. Mais c'est drôle ce coupage d'ongles revient assez régulièrement.
- Ah oui ? Je n'aurais pas pensé.

- Bah et moi non plus ! Donc des fois je me surprends, j'ai deux patients et on fait un atelier « découpage d'ongles »... c'est... C'est euh, voilà ! ça, euh... *Elle hausse les épaules*. Bon mais ok, très bien, bah on coupe les ongles. Voilà, on essaie qu'ils arrivent à se couper les ongles. Voilà !
- C'est, oui, c'est intéressant.
- Oui, moi j'aime bien. C'est un bon outil, qui est rapide, euh, qu'on peut faire de manière que, au bout d'un moment on ne fait même plus le papier, on fait plus à l'oral...
- Oui je vois.
- On prend rapidement des notes sur notre papier.
- En entretien oui.
- Mais je trouve qu'il y a plein de patients, euh, où ça, bah ça donne énormément de pistes de travail, voilà. Ça c'est euh...
- Oui, ça leur donne ? Pour eux, 'fin...
- Ça a du sens, il faut que ce soit des objectifs de court terme ou à court terme donc euh, les gens tiennent à arriver quand on s'est fixé deux-trois semaines à... aux objectifs. Voilà. Bon, y a des gens avec qui c'est impossible.
- Mhmm mm.
- J'ai une patiente une fois, euh... c'est euh, voilà... *Elle pose une main sur son front*. La MCRO c'était la catastrophe.
- La catastrophe ?
- Oui... Prioriser... euh, donner des objectifs gérables et là, euh, j'avais beau essayer de creuser, creuser, enfin affiner plutôt.
- Mhmm mm.
- Voilà. Euh non, c'était pas possible. Et puis c'est surtout que d'une minute à l'autre, elle me donnait absolument pas les mêmes réponses ! Donc je...
- Ah oui.
- Donc euh, voilà... on avait lâché l'affaire de la MCRO, euh, avec elle ça fonctionnait pas. Mais y en a plein d'autres oui, c'est vraiment super bien.
- *Silence*. Et eux ils ont apprécié justement, ça les implique aussi ? euh...
- Ça les implique, ça fait des objectifs euh... très concrets pour eux, et voilà. Et puis de voir qu'on part de ce qu'ils peuvent donner. Y a plein de patients par contre que ça... euh... au départ...
- Ça leur... ?
- Non, ils sont souvent un peu étonnés.
- Ah oui.
- Voilà. Ou sceptique à cause de ça pour arriver, euh à notre boulot. Voilà. Mais...
- Mais ceux qui sont très... ?
- Voilà, très rééducation, très on est « à l'hôpital », euh... ça fonctionne.
- Je vois.
- Voilà.
- Ok.
- Mais on essaie d'orienter de plus en plus vers l'occupationnel. Après on garde vraiment le côté rééducation pour d'autres pathologies, c'est clair. Même pour des traumatismes crâniens pour le côté moteur de le faire aussi des fois, moi je trouve que c'est important.
- Mhm.

- Mais vraiment, euh, enfin, dès qu'il y a des traumatismes crâniens avec des troubles cognitifs ou même du moteur enfin voilà. Qui, moi je trouve c'est vraiment c'est ce qui fonctionne le mieux, clairement quoi. Et ce qui est le plus, le plus intéressant... Mais ça prend du temps. C'est compliqué d'avoir deux patients à la même heure quand on fait de l'occupationnel, ça c'est le seul bémol.
- Oui.
- C'est que, euh, c'est... les créneaux, où on est obligé d'avoir les patients souvent seuls avec nous. Alors ceux où je me dis « il peut gérer un repas seul », souvent je prends un deuxième patient. On met la table près de l'appartement thérapeutique pour surveiller. Mais y en a plein, c'est absolument impossible, et le souci c'est que ça prend du temps. Voilà.
- Je comprends. *Silence.* Donc, c'est la fin de l'entretien.
Merci pour ces informations. *Nous nous sourions.*
- De rien, je vous en prie. »

Entretien Adulte TC N°2

Le 06/05/19, Hôpital public, Adulte TC N°2.

Entretien téléphonique de 25 minutes.

Légende

Interviewer : en bleu.

Personne interviewée : en noir.

Éléments anonymisés : [entre crochets].

Éléments contextuels et le non-verbal : en gris.

« Alors, d'abord est-ce que vous pouvez vous présenter succinctement, notamment par rapport au traumatisme crânien que vous avez eu ?

- Mm oui ! Euh donc je suis Monsieur [Nom], j'ai trente-huit ans, je suis technicien de maintenance de... en usine.
- Mhm mm.
- Je travaillais euh... au moment de l'accident, euh, en équipe.
- D'accord.
- Je faisais parti de l'équipe soit le matin, soit l'après-midi.
- Oui.
- Donc 5h-13h ou 13h-21h.
- D'accord.
- Avec la possibilité de faire des astreintes le week-end. Pour intervenir à une soirée dépannage euh... de, de l'usine. Et... euh... et l'accident donc, bah... m'est survenu en fait le lundi matin, euh, j'étais en équipe du matin à... à 5h j'allais à [ville]. Euh, moi je travaille, enfin j'habite à [ville], donc ça faisait soixante-deux kilomètres à faire euh, tous les jours.
- Ah oui je vois.
- Donc je suis parti à quatre heures et demi, euh, le matin, et puis euh... Non ! euh, à trois heures et demi le matin et l'accident donc m'est, bah... m'est survenu en fait le lundi matin et puis, euh, et puis à 4h20, bah j'ai percuté un cheval.
- Ah oui d'accord.
- Ouais.
- Et il était sur la route ?
- Oui, c'était sur la route en fait, euh... à même dix kilomètres, euh ouais, à même pas dix kilomètres de l'arrivée en fait.
- D'accord.
- Y avait un cheval qui était en divagation sur la... sur la route.
- Mhm.

- Et euh, alors là j'peux pas vous, vous dire euh... si j'ai essayé de l'éviter ou pas !
- Mhm mm.
- J'ai, j'ai plus aucun souvenir de... de l'accident.
- D'accord.
- J'ai fait donc euh, suite à ça, j'ai fait euh, j'ai fait deux jours de coma. Alors je suis passé par les deux étapes, j'ai eu un état de... un coma naturel je dirais, 'fin c'est par le corps et puis après, ils m'ont... le... euh, l'hôpital m'a mis volontairement dans le coma, pour vérifier si l'hématome, euh sous-dural était euh, en train de régresser ou pas.
- D'accord.
- Parce qu'en fait donc du coup j'ai eu un... suite à, au choc, euh... j'ai eu un traumatisme crânien, euh, péri... euh, périéto, pariéto-occipital !
- Oui je vois. Et euh, du coup vous êtes arrivé, euh... en rééducation à quel moment en fait ?
- Donc en fait j'ai été, donc euh, quinze jours euh... à l'hôpital, alors j'étais, euh j'ai fait deux hôpitaux, j'ai fait... mon premier, mon premier hôpital je l'ai fait à [ville], à [nom de l'hôpital] et euh... y m'ont gardé deux jours et euh... quand ils ont, ils ont vu que mon état était euh, stable. Euh, que y avait pas besoin de me laisser euh, dans le coma, ils ont vu euh, que l'hématome commençait à... 'fin en tout cas ne grossissait plus.
- Oui.
- Donc, ils ont décidé de... de, de me sortir progressivement du coma et dès que j'étais sorti du, du coma, ils m'ont, euh, ils m'ont transféré à [ville]. A [ville] où j'ai fait euh... donc euh, bah les quinze, 'fin les quinze autres jours... J'ai eu, j'ai eu quinze jours d'hospitalisation vraiment.
- D'accord.
- Et euh, dans les, dans les quinze jours euh... j'ai... j'ai eu donc euh à [ville], presque dix jours de soins intensifs.
- D'accord.
- Voilà. Y m'avaient gardé là... bas... et donc suite à... ça... après cette période de quinze jours pour euh, pour me remettre et sortir du coma, euh... là je suis rentré en rééducation euh à [nom de l'établissement], pendant deux mois.
- D'accord. Euh... deux mois en hospitalisation complète ou...
- Oui, oui.
- Ou... D'accord.
- Non, non hospitalisation complète et après j'étais euh, un mois en hôpital de jour.
- D'accord.
- Parce que j'avais encore de l'orthopéd', pas de l'orthopédie...

- De l'orthophonie ?
- Euh, ouais et de l'ergothérapeute aussi... euh... oui.
- D'accord. Et ça fait combien de temps ?
- De quoi ? de ça s'est passé ?
- Euh, oui.
- Euh, ça m'est arrivé le 21 août 2017.
- D'accord. Euh, donc après, euh, je vais plus parler de l'ergothérapie. Enfin, 'fin surtout les activités euh... de la vie quotidienne. Donc...
- Ouais.
- Donc euh, pour vous quelles activités ont le plus de sens, dans votre vie quotidienne ?
- *Silence.* Alors euh, là, ce qui a le plus de difficulté pour moi c'est euh... de, de garder la concentration.
- Oui.
- Euh... de gérer la fatigue aussi.
- Mhm mm.
- Que tout le... euh, tout ce que je fais euh... en termes de sport ou de... de sortie les week-ends ou des choses comme ça. Euh... je... Je ressens, la fatigue, à peu près quatre jours par semaine.
- D'accord.
- Donc c'est ça qui est plus, qui est plus difficile à... c'est ça le plus contraignant à gérer en fait, c'est de pas *il accentue ce mot* trop en faire pour pas creuser euh, son capital de... euh, de fatigue et puis après être... être coincé à, à pas, pas pouvoir récupérer de la fatigue générée.
- Mhmm mm. Oui je vois.
- Donc y a ça : concentration. Euh... y a... j'ai quelques flanchages si on peut dire au niveau de la jambe gauche.
- D'accord.
- Alors ça c'est pareil, c'est ou lié à la fatigue.
- Mhm mm.
- Euh... alors après je sais pas si... Si [non de l'ergothérapeute] vous a un peu raconté ma vie. Euh, moi je vais faire euh, court.
- Oui ?
- En fait j'ai eu l'accident et euh, ça allait pas très bien, euh, pas spécialement bien avec ma femme déjà avant.
- D'accord.

- Et donc en fait ça a finalisé le truc euh... euh, on est... on est rentré dans une procédure de divorce et compagnie, euh, et cetera.
- D'accord.
- Donc euh, c'est vrai que là, d'avoir les enfants à gérer, euh... les papiers. Euh, la fatigue, euh, à récupérer. C'est vrai que...
- Ça fait beaucoup oui.
- Ça fait beaucoup de choses ouais.
- D'accord. Euh, et en ergothérapie vous avez fait des activités, euh, par exemple, 'fin déjà, euh... la toilette, l'habillage... Vous avez-vous ça avec les ergo...
- Oui. *Il répond en même temps que la fin de la question.*
- ...thérapeutes ? Oui.
- Ouais ouais. Alors on a fait, euh, alors la toilette, l'habillage non parce que... très vite ils ont vu que j'avais gardé de l'autonomie dessus.
- D'accord.
- Et euh, la première fois euh, y avait une infirmière qui était quand même passée dans ma chambre et euh... qui m'avait proposé euh... de rester dans ma chambre pendant que moi je prenais ma douche.
- Oui.
- Pour être sûr que ça se passe bien et tout ça. Donc elle est restée la première fois, la première fois elle restée dans la chambre et puis euh, après ils ont vu que j'étais redevenu autonome et euh... il a fallu euh, quand même qu'on remette en... pla-ce *Il réfléchit.* euh... la... la liste des courses et tout ça.
- D'accord. Et... et vous faites, vous faites la cuisine aussi ou... ?
- Oui, moi je faisais beaucoup de cuisine. J'en, j'en fait encore euh... j'en fait encore beaucoup, euh... ça j'ai pas, j'ai pas perdu dessus.
- Vous n'aviez pas de difficultés en cuisine ?
- Si, c'était plus la préparation. Dans le terme euh, d'organisation et de préparation, c'était plus compliqué pour moi.
- D'accord. Et...
- Et j'ai, j'ai tendance à euh... *Il balbutie.* Euh, je donne peut-être un mauvais exemple mais genre à mettre les œufs avant de mettre euh... avant de... 'fin à faire cuire les œufs avant de mettre le beurre quoi.
- Oui, d'accord, c'est dans les étapes en fait ?
- Euh, ouais ça, c'était au début j'avais ce genre de truc un peu, euh, un peu compliqué.

- Mhm mm.
- Euh... après euh... c'est très vite revenu quoi mais euh...
- D'accord.
- C'est vrai que c'était, euh, ça me demande plus de... temps. Pour préparer une action et euh... 'faut vraiment que je me la visualise et que je me dise bah oui alors attends : 'faut que j'prenne ça comme ça, 'faut qu'je m'y prenne de cette façon-là, euh... après je vais faire, de quoi faire ça et ça après euh.
- Oui.
- Alors qu'avant c'était presque intuitif quoi euh...
- Je vois.
- Voilà, j'avais besoin d'écrire, bon bah euh, si j'avais un stylo je savais que je devais avoir un papier mais euh...
- Mhm.
- Alors que maintenant voilà il faut que je prévois euh *silence* bah le crayon, le papier, le support, euh, tout ça quoi.
- D'accord. Vous séquencez plus en fait, pour euh, chaque activité...
- Pardon ?
- Euh... vous séquencez, 'fin vous euh, comment dire... Vous ajoutez plus d'étapes qu'avant euh, pour organiser une activité ?
- Oui, oui, c'est ça. Il me faut, il me faut plus d'étapes, que je prépare un peu plus, euh, le truc, euh... que je murisse un peu l'action que je vais faire. En fait 'faut qu'je *silence* 'faut qu'j'me projette l'action que je vais faire pour euh... pour réussir à la préparer.
- Oui, d'accord.
- Alors qu'avant j'avais spécialement besoin de visualiser l'action qu'j'allais euh... c'était assez facile, euh, voilà c'que c'était quoi.
- D'accord. Et justement en ergothérapie vous avez pu, euh, trouver des stratégies, d'autres stratégies pour réaliser vos activités ?
- Siii... si, si, si. Après... c'est vrai qu'j'ai pas eu beau-coup besoin de mettre des stratégies en place.
- Pas beaucoup de stratégies ?
- Euh... la grosse stratégie que j'ai utilisée c'était beaucoup pour euh, les rendez-vous, euh, tout d'abord. *Plus bas (moins fort)* : qu'est-ce que j'avais... *Reprend* : J'avais aussi, euh, quelques problèmes de mémoire.
- Des problèmes de mémoire ?

- Alors euh, pas la mémoire de travail hein, mais euh... celle qui permet de restituer en fait.
- Oui. Je vois.
- Ouais. Et euh... C'est vrai que... ça, il me fallait absolument mon téléphone portable pour noter tous mes rendez-vous... J'me faisais, euh, des alarmes pour euh... pour euh, m'dire : bah tiens oublie-pas d'aller éteindre le four, euh... des choses comme ça.
- Oui, d'accord.
- Bon... maintenant ça... ça rentre dans l'ordre.
- Oui.
- Mais euh... Quoi que petit à petit j'essaie de *silence*, de pas trop m'appuyer des aides que je me suis mis.
- Vos aides ?
- Alors. Elles m'aident. Mais euh, petit à petit j'essaie de... de pas tout le temps m'appuyer sur ces aides pour euh... faire, faire cogiter un peu le cerveau, le faire travailler et euh... qu'il puisse un peu euh... bah pas...
- Retrouver ?
- Bah retrouver des automatismes.
- Mhm mm. *Silence*. Et après, euh, vous l'avez vécu comment justement cette rééducation ?
- Euh...*Il réfléchit*. Seul ! *Rires*. Euh, seul alors, euh dans tous les sens du terme hein.
- Oui je vois.
- Euh p't'être niveau famille parce que euh... la famille, euh, alors... *Silence*. *Pour la phrase qui suit, il détache chaque mot en les énonçant* : Le patient est très bien préparé pour les problèmes qu'il a. *Silence*.
- Mhm mm.
- On lui explique que bah il pourra pas se remettre à... 'fin je parle pour une personne qui aurait des problèmes de... de jambes et tout ça. Moi j'lui expliquerai qu'il 'faudra pas trop courir, qu'il faudra qu'il réapprenne à marcher et tout ça.
- Mhm mm.
- Alors ça, c'est très bien fait pour le patient. Par contre au niveau de... la... famille.
- De la famille, oui ?
- C'est pas du tout fait quoi. Et euh, dites bien que ma femme pendant deux j... 'fin pendant deux mois bah elle a eu les enfants, en plus c'était pendant les mois de juillet et août.
- Oui.
- Ah non, en plus non ! J'ai dit une bêtise, c'était le 21 août. Euh... tout à l'heure j'ai dit le 21 juillet.

- Ce n'est pas grave.
- Ouais, c'est 21 août. Et euh... donc du coup elle avait la rentrée des classes à faire euh tout ça avec les enfants... Et euh, c'était très compliqué et, euh... ils avaient oublié aussi de préciser que bah euh le, le... le patient que... la famille allait recevoir.
- Oui ?
- Bah euh, bah que ça allait être un patient instable quoi que... bah que dès qu'y a du bordel dans la maison, bah euh, il est capable de péter un câble rapidement... Euh, bah comme il a du mal à se concentrer bah euh... il... il... il est paniqué, il est frustré... donc, donc ça engendre pas mal de choses aussi derrière au niveau du caractère.
- Oui, j'comprends.
- Et tout ça... et tout ça, ça... nous a été dit, en tant que patient. Euh, au patient ça a été dit, mais ça pas été dit à notre famille, donc c'est... c'est un peu pour ça que madame... au bout de six mois euh... bah euh... elle a eu peur ! Elle, elle s'est dit qu'elle allait se retrouver avec euh... un mec complètement barré tout le temps donc euh, elle a pris ses jambes à son cou bah, euh, puis elle est partie. *Rires.*
- Oui...
- Donc euh, bon bah après euh. Voilà, c'est... c'est mon sentiment là-dessus, la famille est peut-être pas assez préparée euh... à savoir euh... si elle allait me retrouver comme personne, euh, quand même après.
- Je vois.
- Oui, moi j'ai vraiment eu l'impression que, euh, qu'une fois qu'à [nom de l'établissement] on m'a dit : hop c'est bon ! Parce que les deux mois à [nom de l'établissement] pffffuuuitt ! Tu peux marcher, tu parles, on te comprend euh *Silence.* Maintenant c'est bon quoi.
- Oui, je comprends...
- Donc euh, alors euh, tout le physique, tout le... euh, le physique, l'ergothérapeute euh, l'orthophoniste et tout ça. Tout ça, c'était, c'était là. *Silence.* C'était bien en place. Euh... par contre euh, mince attends qu'est-ce que j'allais dire...
- Euh... oui, oui c'était plus au niveau du comportement que vous alliez...
- Euh... Oh...
- Vous disiez que... justement pour le physique ça allait, 'fin que vous étiez informé.
- Euh... *Silence.* bah j'sais plus !
- Ce n'est pas grave.
- Ça... ça, ça fait partie des, des ptis problèmes, euh, que j'ai encore et ça c'est... C'est pareil, c'est beaucoup lié à la fatigue. Euh... et euh... c'est vrai que ça m'arrive de... en cours de phrase, bah là maintenant comme ça m'a fait maintenant de. Bah, d'oublier la finalité de. De mon enchaînement quoi.

- Mhm, oui.
- Mais bon, après... euh y a un truc que j'avais pas fait ou dit euh, et que j'ai réussi à faire que maintenant c'est... euh, le deuil de la personne que j'étais. Parce que y a... y a un gros phénomène euh... sur lequel j'étais aussi euh, très sensible.
- Mhm mm.
- C'est que dès... que j'étais déjà dans le déni de... euh, du handicap. Parce que pour moi j'avais pas de handicap, tout allait bien. J'étais euh, comme avant. Euh... donc déjà y avait, y avait ce déni-là. *Silence*. Et puis que... heum, que y avait euh... y avait le fait que ça, ça s'voyait pas quoi.
- Oui, c'est ça.
- Donc c'est vrai que c'est... que ça fait parti du handicap invisible et euh... c'est très difficilement euh... visible et palpable.
- Mhm. Et justement pour le travail euh, 'fin comment... ?
- Alors je suis toujours en mi-temps thérapeutique.
- D'accord.
- Alors euh, comme je travaille à une heure de route de chez moi. Euh... ils m'ont réduit euh.. les... euh du temps à cinq heures de travail.
- D'accord, en comptant justement les trajets...
- Ce qui fait que je travaille de 9h30 à 14h30, ouais.
- D'accord.
- Et en fait ça on est arrivé à cette position-là parce que, euh. Mon médecin du travail, euh... que j'avais vu avant de reprendre le travail. Euh, lui il m'avait déjà conseillé un mi-temps donc euh, d'une journée sur deux.
- D'accord.
- En bossant cinq, euh ! sept heures par jour.
- Mhm.
- Et euh, les sept heures étaient, euh, étaient déjà trop euh, parce que euh... au bout de quatre mois euh... on n'en est revenu euh... *silence*, parce qu'en fait au début il voulait me laisser plus ou moins gérer la... euh, 'fin il me laissait avoir la main sur la gestion de mon emploi du temps et de... de ma, de ma réinsertion en fait.
- Votre réinsertion, oui ?
- Et euh... le truc c'est que, bah hein, ça *silence*... on a bien vu que bah, euh que moi à cause de la fatigue, j'arrivais plus. J'arrivais pas à l'heure au boulot... j'étais tout le temps fatigué, 'fin c'était euh... très instable.
- Oui.

- Et euh, c'est vrai que euh... c'est là où le médecin du travail a dit : « Stop, stop. Vous me laissez faire. Maintenant c'est nous qui décidons et on passe sur des, euh, sur cinq heures plutôt que sept. »
- D'accord.
- Et donc je suis repassé à cinq heures et donc c'est vrai que depuis ça va, ça va quand même, je euh, ça va.
- D'accord. Et aussi euh, pour la conduite automobile euh, comment vous avez fait pour... ?
- Alors euh, quand j'étais à [nom de l'établissement] euh.. à [nom de l'établissement] ils m'ont fait passer... euh, alors ça c'est pas obligatoire hein.
- Oui.
- C'est un choix qui est proposé au client, euh au patient.
- Oui.
- Euh... C'était soit de... de leur faire passer un examen de conduite euh, lambda, euh, qui permet d'avoir, de, de réavoir le permis, pour être sûr que bah on est bien attentif à la route, euh, on vérifie bien les priorités à droite, euh, les choses comme ça.
- D'accord.
- Et euh...
- Et euh, ça a été fait avec un moni...
- Et euh, ah oui, pardon, pardon. Ah oui ça a été fait à [nom de l'établissement] une semaine avant que je parte.
- D'accord.
- Donc euh, j'ai dû finir euh... le quin-ze octobre, non douze.
- Mhm mm.
- Ouais euh, huit octobre. Ouais et euh, j'ai dû passer l'examen avant.
- D'accord, et c'était auprès de, d'un moniteur ou d'un...
- Non c'est un, c'est une auto-école.
- D'accord.
- En fait, ils sont... ils se sont rapprochés euh je pense d'une auto-école qui a l'habitude ou qui euh... qui possède des véhicules plus ou moins équipés.
- Oui je vois.
- Parce que je sais que pour des personnes qui ont des problèmes euh... pour les articulations et tout ça ils ont, euh, ils ont des voitures euh équipées.
- Oui, adaptées.

- Et euh, donc je pense qu'ils se sont mis avec une auto-école euh... qui a l'habitude et en fait on passe une heure. C'est une heure de conduite avec euh... un inspecteur à côté qui euh lui euh. Il est pas là ni conseiller ou pas, sur le... la façon de comment on conduit.
- Oui ?
- Mais il est juste là pour vérifier euh bah si on a toujours les bons réflexes euh, c'est-à-dire les priorités à droite, les euh, t'arrives dans une zone piétonne et ben euh t'arrives pas à euh soixante-dix euh dans la zone piétonne.
- Oui.
- Des ptis trucs comme ça.
- Et euh, y avait l'ergothérapeute aussi à ce moment-là ? Ou... ?
- Oui ! Oui, oui. Et c'est euh, c'est avec l'ergothérapeute que j'ai fait ça. Alors pareil, j'ai fait quoi, euh avec l'ergothérapeute à un moment donné on a... justement pour faire... la nourriture, enfin un repas.
- Un repas, oui ?
- Donc j'ai établi euh une liste de courses. Après euh, j'ai été donc avec [nom de l'ergothérapeute] dans une, une supérette pour euh, pour acheter euh... de quoi faire à manger.
- Mhm mm.
- Et puis euh, j'ai fait le repas après que, qu'on a mangé après pour le midi.
- D'accord. Et euh... est-ce que y a des activités en ergothérapie où... où vous étiez plus investi ou... c'était... ?
- Plus ? comment ?
- Euh, plus investi. Comment était votre implication... ?
- Ouais. Bah... le truc c'était que... bah j'étais forcément investi dans le truc parce que j'avais que deux, *accentue le mot « deux »*, activités par jour.
- D'accord...
- Ouais parce que, et encore heureux parce que... y a l'orthophonie dedans !
- Mhm mm.
- Ouais ! Et euh... mhm, donc c'est vrai que le, le sport c'était juste pour m'occuper.
- D'accord.
- Et euh, et après non, pour moi ce qui m'aidait ouais c'était euh... l'ergothérapie essentiellement et puis euh... bah oui l'orthophoniste quoi.
- Mhm, d'accord.

- Le, le fait de jouer un peu avec euh, de, de faire des pieds de mur au cerveau là de, de lui faire croire des choses alors que c'est autre chose, enfin.
- **Oui je vois.**
- C'est, euh, c'est exactement ce que je recherche à l'heure actuelle euh... parce qu'on a mis en évidence aussi euh, que depuis ma sortie à [nom de l'établissement] euh... bah y a eu, euh... pas spécialement de suivi.
- **D'accord.**
- Au médecin de rééducation j'lui ai dit, mais euh, il n'avait pas l'air de vouloir comprendre. *Silence*. Mais bon y a un moment donné, quand elle me met euh : « bilan orthophonique », sur le... sur le, le certificat.
- **Oui ?**
- Il demande un bilan orthophonique et puis que bah euh... moi j'arrive euh avec mon orthophoniste : « euh bah ok on fait un bilan ! » *Silence*. « Y a bien des ptites choses encore à... euh, qu'on peut voir, mais euh bah euh moi j'ai pas spécialement les outils pour le faire et puis euh 'faut travailler trois quart d'heure pour euh commencer, voir, euh... voir les choses... euh 'fin avant de pouvoir travailler sur les choses quoi. La concentration tout ça, bah euh de l'assiduité. » *Tousse*. Et euh, euh ça bah euh... l'orthophoniste l'a très vite décliné quoi.
- **Oui ?**
- Et euh quand j'ai expliqué ça au médecin euh. Alors au début, la question s'est posée parce que euh, j'ai été voir un spécialiste qui a été euh mandaté par euh mon, par mon avocat.
- **Oui.**
- Euh... mon avocat oui qui m'a envoyé chez un spécialiste et le spécialiste a regardé mon dossier et a dit : « bah attends, bah y a plus d'orthophonie. Vous avez plus de neuropsychologie et puis ça, puis ça, puis ça. Bah c'est pas normal ça, bah comment ça se fait que... ? »
- **Que ?**
- Et c'est là où... voilà, on a remis un peu tout, euh... tout en route.
- **Mhm.**
- Euh là je vais voir un... un neuropsychologue, Madame [nom] à [ville].
- **D'accord.**
- Et euh... et puis bah l'orthophonie bah c'est vrai que... quand j'en ai parlé bah euh... au médecin. Bah il m'a dit : « bah oui, bah euh c'est comme ça qu'on prescrit le bilan ».
- **Mhm.**
- Bah euh c'est là où, bah là j'ai une petite amertume quelque part euh... c'est dans le sens où c'est le client qui doit savoir c'qui va ou ce qui va pas pour lui.
- **Oui.**

- J'ai, j'ai du mal à comprendre un peu *dit-il en riant*.
- Oui, euh, vous avez du mal à comprendre...
- Et puis euh... le suivi aussi c'est pas facile pour nous.
- Le suivi, oui ?
- Moi pour moi à l'heure actuelle, je m'en sors, euh, je m'en sors très bien parce que j'ai... j'ai toute ma tête, j'ai, j'ai des problèmes d'organisation encore mais j'arrive à... à percuter quand même les choses.
- Oui.
- Euh... Et j'ai pas ma femme derrière moi.
- Mhm.
- Je veux dire quand euh... vous êtes une personne toute seule qui a perdu la moitié de sa tête, puis là, je... tu, tu t'en sors pas euh en fait !
- Mhm.
- C'est, c'est, ça devient très vite... très vite compliqué hein.
- Oui, c'est compliqué. Et juste, est-ce que vous... par la suite, dans votre rééducation... ?
- Alors euh après justement euh [nom de l'établissement] m'a orienté vers euh... [nom d'un centre de suivi pour traumatisés crâniens].
- D'accord.
- Justement pour être un peu mieux pris en charge.
- D'accord. Et...
- Après euh, euh j'vous cache pas que sur [ville] euh... pfff... Enfin voilà euh, que ce soit bureautique ou neurochir je crois que c'est blindé.
- Mhm mm.
- Enfin euh, ça n'engage que moi. *Rires*.
- *Rires*. Euh... d'accord. Est-ce que vous avez euh, 'fin si, est-ce que... pour finir euh, vous avez senti un changement dans la réalisation de vos activités suite à cette prise en charge ?
- Ah bah j'ai euh... bah j'ai euh... eu aussi beaucoup euh, j'ai moins d'apathie. Enfin je suis plus apathique, parce qu'avant j'avais plus tendance à être, on va dire... sanguin, à vite... euh... vite partir dans les clous, des choses comme ça et c'est vrai que maintenant euh... j'ai beaucoup plus de difficultés.
- D'accord.
- Y a même des fois où je me dis : voilà vas-y, 'faut qu'tu sois vénère quoi.
- D'accord. *Rires*.

- *Rires.*
- Euh et est-ce que vous avez des choses à rajouter là, qui vous viennent ?
- Euh, non.
- D'accord. *Silence.* Bah en tout cas je vous remercie pour le temps que vous m'avez accordé et pour les réponses que vous m'avez fournies.
- Euh, j'espère que ça vous aidera.
- Euh, oui, je pense.
- Et moi que votre travail va aider, euh les neuropsychologues ou les ergothérapeutes à mieux travailler après quoi.
Rires.
- *Rires.* Euh oui. Merci beaucoup en tout cas, je vous souhaite une bonne fin d'après-midi.
- Oui, bah je vous remercie. Et puis bonne continuation, aurevoir.
- Merci beaucoup, aurevoir. »

Résumé

Les personnes traumatisées crâniennes rencontrent fréquemment des difficultés à réaliser leurs activités de la vie quotidienne (AVQ). L'ergothérapeute va les aider à trouver des stratégies afin d'être le plus autonome et indépendant possible. Le but de cette étude est de montrer l'impact qu'ont les mises en situation sur le transfert d'acquis auprès d'adultes traumatisés crâniens, ayant des troubles des fonctions exécutives, pour réaliser leurs AVQ.

Une étude expérimentale, constituée de quatre entretiens avec des ergothérapeutes et trois entretiens avec des adultes traumatisés crâniens, a été réalisée en Ile-de-France et en Région Centre. Les objectifs de ces entretiens sont d'analyser l'impact des mises en situation d'activités significatives en ergothérapie sur la capacité et la performance d'adultes traumatisés crâniens dans leurs AVQ et de vérifier que ces mises en situation jouent un rôle sur le transfert d'acquis.

Les résultats montrent que les activités significatives sont souvent utilisées en tant que mises en situation. D'après cette étude, ceci a un impact sur le transfert d'acquis auprès d'adultes traumatisés crâniens pour la réalisation de leurs AVQ. De plus, en utilisant des activités significatives, les patients sont plus impliqués dans leur prise en charge et cela augmente leur performance occupationnelle.

Pour conclure, cette étude montre que les mises en situation en rééducation favorisent le transfert d'acquis. Cependant, il convient de s'intéresser aussi au relai réalisé par les ergothérapeutes travaillant dans le domaine médico-social car ils interviennent dans l'environnement habituel des personnes.

Mots-clés

•Ergothérapie •Traumatisme Crânien •Transfert d'acquis •Mise en situation •Activités de la Vie Quotidienne

Abstract

People with traumatic brain injury (TBI) often have difficulty performing their daily activities. The occupational therapist will help them find strategies to be as autonomous and independent as possible. The purpose of this study is to show the impact that life scenario has on knowledge translation (KT) for adults with traumatic brain injury and planning disorder to perform their activities of daily living (ADL).

An experimental study consisting of four interviews with occupational therapists and three interviews with adults with TBI was carried out in Ile-de-France and the Centre regions. The objectives of these interviews are to analyse the impact of meaningful activity scenarios on the ability and performance of adults with TBI in their ADL and to verify that these scenarios contribute to knowledge translation.

The results show that meaningful activities are often used as scenarios. According to this study, this has an impact on KT in adults with TBI for the performance of their ADL. Furthermore, by using meaningful activities, patients are more involved in their care and this increases their occupational performance.

In conclusion, this study shows that scenarios in rehabilitation promote knowledge translation. However, it is also important to take an interest in the work of occupational therapists in the medico-social sector because they work in people's habitual environment.

Keywords

•Occupational Therapy •Traumatic Brain Injury •Knowledge Translation •Life scenario •Activities of Daily Living